Psychopathologie

Adolescence et psychopathologie

7e édition

Daniel Marcelli
Alain Braconnier

Collection **Les âges de la vie**



CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

Dans la collection Les Âges de la vie :

ENFANCE ET PSYCHOPATHOLOGIE, par D. MARCELLI, D. COHEN. 2006, 7e édition, 672 pages.

INTRODUCTION À LA PSYCHOPATHOLOGIE, par A. BRACONNIER, E. CORBOBESSE, F. DESCHAMPS et coll. 2006, 352 pages.

LA PRISE DE RISQUE À L'ADOLESCENCE. PRATIQUE SPORTIVE ET USAGE DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES, par G. MICHEL. 2001, 252 pages.

LA SCHIZOPHRÉNIE DE L'ADULTE. DES CAUSES AUX TRAITEMENTS, par M. SAOUD, T. D'AMATO. 2006, 248 pages.

L'ATTACHEMENT. CONCEPTS ET APPLICATIONS, par N. GUEDENEY, A. GUEDENEY. 2006, 2e édition, 256 pages.

L'AUTISME ET LES TROUBLES DU DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE, par P. LENOIR, J. MALVY, C. BODIER-RETHORE. 2003, 240 pages.

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADULTE, par Q. DEBRAY, B. GRANGER, F. AZAÏS. 2005, 3e édition, 416 pages.

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PÉRINATALITÉ, par J. DAYAN, G. ANDRO, M. DUGNAT. 1999, (nouvelle présentation 2003), 576 pages.

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA SCOLARITÉ. DE LA MATERNELLE À L'UNIVERSITÉ, par N. CATHELINE. 2007, 2e édition, 352 pages.

PSYCHOPATHOLOGIE DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT, par P. MAZET, S. STOLERU. 2003, 3e édition, 448 pages.

PSYCHOPATHOLOGIE DU SUJET ÂGÉ, par G. FERREY, G. LE GOUÈS. 2008, 6e édition, 384 pages.

Autres ouvrages :

MANUEL DE PSYCHOLOGIE ET DE PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE GÉNÉRALE, par R. ROUSSILLON et coll. 2007, 720 pages.

MANUEL DE PSYCHIATRIE, coordonné par J.-D. GUELFI et F. ROUILLON. 2007, 816 pages.

COLLECTION LES ÂGES DE LA VIE

Conseiller éditorial : Daniel Marcelli

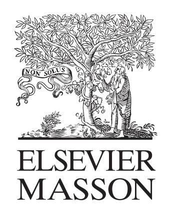
Adolescence et psychopathologie

7e édition

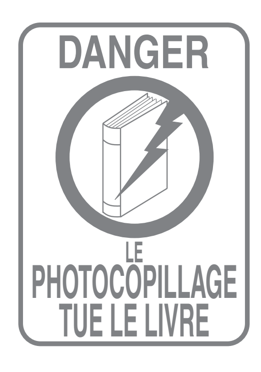
Daniel MARCELLI

Alain BRACONNIER

Préface du professeur D. WIDLÖCHER







La 6e édition française a été traduite :
– au Brésil par Artmed Editora Ltda,
– au Portugal par Climepsi Editores,
– en Espagne par Elsevier Iberoamérica,
– en Italie par Elsevier Masson Srl.

ISBN : 978-2-294-08966-4

ELSEVIER MASSON SAS - 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

LISTE DES AUTEURS

Daniel MARCELLI, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service, centre hospitalier Henri-Laborit, CHU de Poitiers.

Alain BRACONNIER, ancien chef de clinique, psychiatre des hôpitaux, centre Philippe-Paumelle, Paris.

Avec la collaboration de :

Nicole CATHELINE, pédopsychiatre, praticien hospitalier, centre hospitalier Henri-Laborit, CHU de Poitiers.

Jean-Bernard CHAPELIER, maître de conférences des universités, psychologue/psychothérapeute, UFR de sciences humaines, université de Poitiers.

Régis COUTANT, professeur des universités, praticien hospitalier, service d'endocrinologie pédiatrique, pôle médico-chirugical de l'enfant, CHU d'Angers.

Catherine DOYEN, pédopsychiatre, praticien hospitalier, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré ; centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Nicole DUPLANT, psychologue, unité pour adolescents, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital de la Salpêtrière, Paris.

Nelly GAILLARD-JANIN, psychiatre/psychanalyste, ASM 13, Paris.

Claudia GHICA-LEMARCHAND, maître de conférences de droit privé, université Paris XII (CRDP EA 3881).

Mickaël HUMEAU, ancien chef de clinique assistant, service universitaire de psychiatrie adulte, centre hospitalier Henri-Laborit, CHU de Poitiers.

Agnès LOUIS-PÉCHA, maître de conférences de droit privé, université de Bretagne occidentale (CRDP EA 3881), codirectrice du master Droit des personnes vulnérables, Brest.

PRÉFACE

L'ouvrage que nous proposent D. Marcelli et A. Braconnier se présente comme un travail de synthèse et d'actualité. Il nous offre un tableau d'ensemble de la psychopathologie de l'adolescent en tenant compte des contributions les plus récentes. Ce qui frappe d'emblée, à la lecture, c'est que dans un domaine où tant de choses ont été dites, et souvent bien dites, les auteurs évitent les lieux communs et les banalités. On les lit avec d'autant plus de plaisir et d'intérêt que, tout en faisant une juste part aux idées et aux connaissances acquises de longue date, ils les présentent sous un jour neuf, en les intégrant à des réflexions et à des interrogations contemporaines.

L'intérêt pratique de l'ouvrage est évident. Au bilan des connaissances, ils ajoutent l'expérience et la réflexion concrète d'hommes de terrain. On trouve à chaque page la remarque pratique ou le jugement de bon sens qui en témoignent. Mentionnons l'intérêt tout particulier du chapitre consacré à « l'adolescent et le droit » rédigé par deux chercheurs en droit.

Mais cet intérêt pratique se double d'un intérêt théorique. Il s'agit d'une réflexion d'ensemble sur la psychopathologie de l'adolescence. La difficulté est, ici, de concilier la cohérence de l'ensemble et la diversité des systèmes de référence. Sans doute ce problème n'est pas propre à cette étape de l'existence. Il y revêt toutefois une acuité spéciale en raison de l'incidence particulière de la maturation biologique et des interactions sociales, à un âge où se forment déjà des organisations pathologiques relativement stables. On ne peut plus donner une large priorité aux problèmes de développement, comme chez l'enfant. On ne peut pas non plus prendre appui sur les seuls cadres nosographiques de l'âge adulte. En ce sens la difficulté est salutaire car elle nous protège de commodités de pensée qui oblitèrent parfois la réflexion psychopathologique, tant chez l'enfant que chez l'adulte.

Les auteurs ont raison de souligner la difficulté particulière d'établir les limites du normal et du pathologique. A l'adolescence, plus qu'à tout autre âge, la gravité des conséquences pratiques des conduites ne dépend pas seulement de l'organisation de la personnalité. La notion de crise ne suffit d'ailleurs pas à expliquer cet écart. Il nous faut mener plus loin une réflexion sur la notion de conduite. Le marginalisme social caractérise en partie le statut de l'adolescence, du moins dans nos sociétés. L'outrance de certaines

conduites se trouve ainsi facilitée, sans aucune commune mesure avec l'importance de l'altération du fonctionnement mental ou des relations familiales. La facilité du passage à l'acte est un autre facteur, également souligné par de nombreux auteurs. Mais on se contente, trop souvent, d'expliquer les causes sociales de ce marginalisme ou les raisons psychologiques de cette tendance au passage à l'acte, sans chercher à décrire les particularités de cet « agir » si spécifique de l'adolescence. Une des originalités du présent ouvrage est de mener une réflexion approfondie, à travers l'étude des conduites pathologiques, sur ces particularités. En témoignent, en particulier, les études sur la pluralité des approches théoriques, sur l'équilibre ou le déséquilibre entre l'action et la mentalisation, sur l'emboîtement des structures pathologiques.

L'inconvénient du terme « conduite » est qu'il est trop souvent pris dans un sens « behavioriste ». On conçoit la conduite comme un objet de connaissance précis, le comportement du sujet dans une situation donnée. Une perspective, par trop positiviste, invite à classer ces comportements en fonction de leurs traits observables, d'en rechercher l'origine et la finalité comme s'ils étaient des objets naturels qui se donnent à voir à l'observateur. Pour échapper à cette perspective, le clinicien est tenté de se réfugier dans une observation globale et empathique du « vécu » du sujet. Cette alternative tient avant tout à la vision trop « objective » que l'on se donne de la conduite. Tout acte, qu'il s'agisse d'un acte observable, d'une parole ou d'une activité de pensée, n'est interprétable qu'en fonction de la manière dont l'observateur l'isole au sein d'un continuum d'activité. On l'objective en la mettant en relation avec deux chaînes intégratives. L'une correspond à la pluralité de ses significations (ou intentions), la seconde correspond à la séquence des actes dans laquelle il s'inscrit. Il est rare qu'un acte ne revête qu'une seule signification. La psychanalyse nous a fait découvrir la surdétermination. Celle-ci ne s'applique pas seulement aux symptômes névrotiques. Bien au contraire ce sont les actes les plus normaux de l'existence qui sont le plus surdétermines dans la mesure où chacun d'entre eux est engagé dans une pluralité de finalités diverses. En écrivant ces lignes je témoigne de mon estime et de mon amitié aux auteurs, je réponds à leur invitation, je marque mon intérêt pour certaines idées qu'ils expriment, j'en tire parti pour développer celles qui me tiennent à cœur, etc. Cette pluralité des intentions explique que la même conduite puisse s'inscrire dans des séquences différentes. Liée au seul intérêt pour l'ouvrage, la rédaction de cette préface se fermerait sur elle-même. Liée aux relations avec les auteurs, elle se poursuivra dans d'autres activités. Liée à certaines idées qui s'y trouvent développées, elle se prolongera, peut-être, par d'autres écrits. C'est en ce sens, en raison de son caractère polysémique, que la même conduite peut être interprétée par rapport à différents systèmes d'action.

Les symptômes observables chez l'adulte sont, certes, caractérisés par leur caractère polysémique, mais aussi par le fait que les séquences dans lesquelles ils se trouvent engagés tournent court. L'idée obsédante, quelle que soit la richesse de ses significations, s'achève avec elle-même ou les

mesures défensives qu'elle entraîne. D. Marcelli et A. Braconnier insistent très justement sur le fait que l'adolescent exposé à la dépression lutte contre celle-ci par une hyper-activité. Mais cette hyper-activité n'est pas productive. Elle n'est pas un engagement dans de nombreuses entreprises à long terme. Elle est désordonnée, sans but autre que sa propre réalisation. C'est en ce sens que l'on peut parler d'un système fermé en opposition avec les systèmes ouverts qui caractérisent l'activité « normale ».

Or, précisément, on peut se demander si chez l'adolescent une des particularités de l'« agir », à la différence de l'adulte, ne tient pas à la pauvreté de la polysémie de ses actes et au caractère souvent fermé des systèmes d'action dans lesquels il est engagé. Chez l'enfant, le jeu offre une occasion privilégiée d'activité fortement polysémique. L'adolescent ne joue guère sur cette polysémie de l'action. Il s'engage au contraire dans une diversité d'actions hétérogènes et diversifiées pour réaliser les buts qu'il se donne. Ceci est très visible dans le domaine de la sexualité où se trouvent juxtaposées les actions qui caractérisent la mise en place d'une relation sexuelle génitale à autrui et celles qui caractérisent les relations partielles préœdipiennes. Une des tâches qui lui est incombée est de développer des actions de plus en plus polysémiques et de mieux en mieux intégrées dans des systèmes largement ouvert.

Ce sont précisément les difficultés qu'il rencontre dans l'accomplissement de cette tâche qui marquent sa pathologie. Celle-ci est en effet l'expression du morcellement des actions auquel il est exposé. Engagé dans des systèmes d'actions faiblement surdéterminés, il offre souvent le spectacle de l'incohérence, de l'extrême investissement de systèmes d'actions clos, quand ce n'est pas celui d'un état prédissociatif. La vivacité des passages à l'acte, les difficultés de mentalisation, l'importance des mécanismes de clivage, en sont autant d'expressions qui sont bien décrites par les auteurs.

Telles sont quelques réflexions qu'inspire la lecture de cet ouvrage. On verra qu'elles font écho à de nombreuses analyses psychopathologiques qui le jalonnent. D'une manière plus générale, une des particularités de l'adolescence, et c'est là un des lieux communs évoqués au départ, est de montrer en quelques années d'importants changements du mode de fonctionnement mental. Le clinicien le sait bien mais a du mal à le vérifier sur le terrain. Il a en effet rarement l'occasion d'être l'observateur attentif mais non engagé, qui peut étudier ces processus de changement. Il est souvent consulté dans un climat de crise, sollicité d'intervenir sous le signe de l'urgence et appelé à prendre des décisions à court terme. Il est pourtant indispensable que, sans renoncer à ses obligations pratiques, il en mesure la portée et en définisse la place dans une évolution qui se fera en quelques années. Rappeler et illustrer la nécessité de cette double démarche, tel semble avoir été le grand objectif de ce livre, celui du moins auquel il répond fort bien.

D. Widlöcher

AVANT-PROPOS À LA 7e ÉDITION

La première édition de cet ouvrage date de 1983 ! À l'occasion de cette 7e édition, en 2008, *Adolescence et psychopathologie* fêtera ses vingt-cinq années d'existence. Initialement publié dans la collection des Abrégés, il a rejoint au début de ce siècle la collection *Les âges de la vie* dirigée par l'un d'entre nous. Il est vrai que d'emblée *Psychopathologie de l'adolescent*, son titre initial, n'avait d'abrégé que le nom : dès sa première livraison, ce livre avait le format d'un manuel regroupant, ainsi que le précise le Pr D. Widlöcher dans sa préface, l'ensemble des connaissances de l'époque sous une forme synthétique relativement nouvelle et originale. En effet, jusque-là il n'y avait aucun ouvrage consacré uniquement à l'adolescence. Cette période de la vie était en général abordée de façon parcellaire dans les livres de psychiatrie de l'enfant sous forme de quelques chapitres, psychopathie, tentative de suicide, anorexie mentale, qui n'abordaient pas vraiment les caractéristiques spécifiques du développement et de la psychopathologie propres à cet âge.

Avec *Adolescence et psychopathologie*, nous avons donc proposé dès 1983 une synthèse des connaissances dans un champ nouveau en cours d'émergence puis d'explosion. En effet, la première parution de notre ouvrage a coïncidé avec la formidable vague d'intérêt pour l'adolescence en tant que processus psychique porteur d'une vulnérabilité rendant compte des particularités de certaines expressions pathologiques. En même temps que ce manuel proposait des clefs de compréhension pour cette phase du développement, du moins avons-nous l'audace de le croire, cette vague d'intérêt a aussi, en retour, fait son succès : la nécessité de ces multiples éditions complétées de tirages supplémentaires réguliers en est la preuve.

D'emblée nous avions repris l'architecture du livre *Enfance et Psychopathologie* que l'un d'entre nous venait d'achever, marquée par une répartition en cinq grandes parties :

– les modèles de compréhension ;
– la sémiologie et les principaux « symptômes » ;
– les grands regroupements nosographiques ;

– l'adolescent dans son environnement ;
– les modes d'accueil et de traitement.

Chaque chapitre à l'intérieur de ces cinq parties était traité avec le souci de mettre en exergue la dimension développementale et de tenir compte des éventuels aspects spécifiques. Il est inutile de plus s'étendre sur cette présentation dont nous sommes convaincus qu'elle fonde la valeur pédagogique reconnue de cet ouvrage. Notre souci a été de conserver autant que faire se peut cette architecture d'ensemble au fil des éditions successives.

Mais précisément, vingt-cinq ans, c'est pour un ouvrage pédagogique contemporain l'équivalent d'une éternité ! Depuis la rédaction des tout premiers chapitres, vers la fin des années 70, de l'eau a coulé sous les ponts. La psychologie, la psychopathologie et la psychiatrie de l'adolescent ont traversé bien des changements, voire des bouleversements. L'irruption des classifications internationales, le poids écrasant du DSM, la place grandissante prise par l'épidémiologie et la santé publique, la multiplication des références théoriques, les résultats des recherches neurophysiologiques et neurocognitives que permettent les techniques nouvelles d'exploration du système nerveux central (entre autres l'IRM fonctionnelle), l'arrivée de thérapeutiques nouvelles et la nécessité d'en comparer avec rigueur les effets respectifs, les études de cohortes suivies au long cours, tout cela a profondément changé, complexifié, relativisé un grand nombre de connaissances, fait éclater les certitudes, rendu caduque et réductrice toute approche cramponnée à une seule théorie. Notre ambition, dans ces éditions successives, fut d'apporter au lecteur ces nouvelles données, d'en montrer la pertinence, d'analyser la dimension de continuité ou de rupture qu'elles provoquent dans le champ qui continue de nous préoccuper : celui de la psychopathologie des états mentaux d'un individu confronté aux exigences de l'adolescence. Nous avons conscience que cet enjeu est de plus en plus difficile à tenir : peut-être est-ce une gageure ? Mais, pour les individus adolescents (et pour leurs parents) cette position nous semble irréductible et essentielle. Aussi, pour continuer à y répondre au mieux, il nous a paru nécessaire, à l'occasion de cette 7e édition, de faire appel à la compétence très spécialisée de plusieurs collaborateurs : nous les remercions pour leur contribution.

Comme pour les précédentes éditions, celle-ci comporte donc des nouveautés et des remaniements (citons : les automutilations, l'obésité, la dépression, les psychoses et la question de la schizophrénie, la psychopathie et le trouble des conduites, le passage de l'adolescence à l'âge adulte, l'adolescent handicapé et son insertion scolaire, etc.) qui, nous l'espérons, témoignent, dans leur forme, des enjeux évoqués au paragraphe précédent. Deux chapitres, celui sur les psychoses (avec la question du début de la schizophrénie) et celui sur la psychopathie (avec la question du trouble des conduites) en sont une évidente illustration : on y perçoit aisément la tension entre un modèle où prévaut la dimension classique de compréhension

psychodynamique indispensable à toute approche relationnelle et un modèle purement descriptif/épidémiologique où semble prévaloir une rationalité fondée sur l'efficacité d'un choix thérapeutique.

L'adolescence est l'âge où chaque individu doit pouvoir « se soucier de lui-même » ou en d'autres termes, développer à son propre égard une connaissance de soi et de ses limites à l'intérieur desquelles la capacité à « prendre soin de soi » est un facteur fondamental de santé, physique et mentale, actuelle et future. Cela ne se fait ni en un jour ni par la grâce d'une génération spontanée. L'objectif le plus ambitieux de cet ouvrage est d'apporter à chaque professionnel au contact d'adolescent en difficulté les connaissances et les repères lui permettant de répondre au mieux à cette priorité.

1 LES MODÈLES DE COMPRÉHENSION

INTRODUCTION

L'adolescence est l'âge du changement comme l'étymologie du mot l'implique : *adolescere* signifie en latin « grandir ». Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est un passage. Ainsi que le souligne E. Kestemberg, on dit souvent à tort que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte ; en réalité il n'est plus un enfant, et n'est pas encore un adulte. Ce double mouvement, reniement de son enfance d'un côté, recherche d'un statut stable adulte de l'autre, constitue l'essence même de « la crise », du « processus psychique » que tout adolescent traverse.

Comprendre cette période transitoire, décrire les lignes de force autour desquelles ce bouleversement psychique et corporel s'ordonnera peu à peu, constitue une entreprise ardue et périlleuse. Face aux incessants changements, aux ruptures multiples, aux nombreux paradoxes qui animent tout adolescent, le clinicien risque lui aussi d'être tenté par diverses attitudes : il peut se laisser aller à une sorte de fatalisme, se contenter de « suivre », « d'accompagner » l'adolescent, renonçant, pour un temps au moins, à toute compréhension, et surtout à toute possibilité d'évaluation des conduites de ce dernier. À l'opposé, dans une tentative de saisie du processus en cours, le clinicien peut adopter un modèle de compréhension donnant un sens à ces multiples conduites, mais il est alors guetté par un risque de formalisme, de théorisation artificielle, cherchant à inclure l'ensemble des « symptômes » que tout adolescent peut présenter, dans un cadre qui apparaît vite comme arbitraire et artificiel.

Cette alternative, se contenter d'un accompagnement empathique en renonçant à toute compréhension ou évaluation d'un côté, formaliser à l'excès toutes les conduites de l'adolescent pour les faire entrer dans un cadre conceptuel unique de l'autre, doit être dépassée. Plus qu'à tout autre âge de la vie, l'adolescent confronte le clinicien aux modèles qu'il utilise, l'obligeant à un réexamen constant pour évaluer la pertinence de ce modèle

dans chaque cas : ce va-et-vient entre la pratique et la théorie, cette réévaluation permanente et nécessaire, font la richesse de la pratique clinique de la psychopathologie de l'adolescent. La remarque suivante de B. Brusset nous paraît de ce fait particulièrement pertinente à l'adolescence : « sans doute faut-il prendre acte de l'impossibilité d'ordonner tous les faits psychiatriques dans un même système qui lui donnerait à la fois une classification logique et une théorie unificatrice ; quelles qu'en soient la séduction intellectuelle et la valeur pédagogique, les tentatives de comprendre toute la psychopathologie en fonction d'un même paramètre peuvent légitimement laisser insatisfait. »

La première partie de cet ouvrage est précisément consacrée à ces divers modèles de compréhension et aux grands cadres conceptuels qui ont tenté d'appréhender ou de théoriser les remaniements caractéristiques de cet âge de la vie. On peut considérer que ces théorisations s'articulent autour de quatre modèles principaux : 1) le modèle physiologique avec la crise pubertaire, les remaniements somatiques subséquents, l'émergence de la maturité génitale et les tensions qui en résultent ; 2) le modèle sociologique et environnemental qui met en valeur le rôle essentiel joué par l'entourage dans l'évolution de l'adolescent : la place que chaque culture réserve à l'adolescence, les espaces que chaque sous-groupe social laisse à l'adolescent, enfin les rapports entre l'adolescent et ses parents sont des éléments déterminants ; 3) le modèle psychanalytique qui rend compte des remaniements identificatoires, des changements dans les liens aux objets œdipiens et de l'intégration dans la personnalité de la pulsion génitale ; 4) les modèles cognitif et éducatif qui abordent les modifications profondes de la fonction cognitive, le développement remarquable, quand il n'y a pas d'entrave, de la capacité intellectuelle avec les apprentissages sociaux multiples qu'elle autorise.

Cet ordre de présentation n'implique pas une prééminence d'un des modèles sur les autres, néanmoins selon notre point de vue, bien que strictement individuel et intrapsychique, le modèle psychanalytique est en partie conditionné par les modèles physiologiques et sociologiques, tout en affirmant avec vigueur que ces deux modèles ne suffisent pas, tant s'en faut, à rendre compte de l'ensemble des faits observés lors de l'adolescence.

Dans la pratique clinique, l'interaction et l'intrication de ces divers modèles de compréhension sont la règle, mais l'un peut avoir plus de poids que l'autre dans le déterminisme de telle ou telle conduite, dans l'apparition de tel ou tel type de pathologie. Ces interrogations ne sont pas purement spéculatives car, à notre sens, pouvoir déterminer l'axe qui paraît prévalent, influe ensuite sur l'évaluation psychopathologique elle-même et sur le choix de la réponse thérapeutique la plus appropriée. L'objet de ce premier chapitre est de donner un aperçu, nécessairement concis, de ces divers modèles. Notre souci a été d'articuler le plus possible la description de ces modèles avec les états psychopathologiques où ils semblent particulièrement pertinents : ceci rend compte des multiples renvois aux chapitres ultérieurs.

LA PUBERTÉ NORMALE[1]

La puberté correspond à la maturation rapide de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique, aboutissant au développement complet des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive, de la fonction de reproduction et de la fertilité. L'adolescence s'associe également à des modifications psychologiques et affectives profondes, au début des comportements sociaux et sexuels des adultes.

Cette série de changements étalée sur plusieurs années se caractérise sur le plan auxologique par une poussée de croissance étroitement contemporaine de l'apparition des caractères sexuels secondaires. Les différents stades du développement pubertaire sont cotés de 1 (stade prépubère) à 5 (stade adulte) selon la classification de Tanner.

La maturation pubertaire est contrôlée par des facteurs neuroendocriniens et endocriniens. Le déclenchement de la puberté est caractérisé par la réactivation de la fonction gonadotrope après la période de quiescence en postnatal et tout au long de l'enfance : la sécrétion pulsatile de LH-RH va entraîner une sécrétion accrue et pulsatile de LH et FSH, aboutissant à une augmentation de la production de stéroïdes gonadiques (testostérone chez le garçon, œstradiol chez la fille).

LE DÉVELOPPEMENT DES CARACTÈRES SEXUELS

Chez la fille. — Les premières manifestations pubertaires sont le *développement des glandes mammaires*. La poussée mammaire se produit en moyenne à partir de 10,5-11 ans (8 à 13 ans pour 95 % des filles), pour atteindre le stade adulte quatre ans plus tard. L'âge de démarrage pubertaire est moins bien corrélé à l'âge civil (puisqu'il se produit physiologiquement dans un intervalle large qui va de 8 à 13 ans), qu'à *l'âge osseux*. Celui-ci est un repère quantifiable de la maturation globale de l'organisme. La détermination de l'âge osseux s'effectue à l'aide d'atlas radiologiques (le plus utilisé est celui de Greulich et Pyle obtenu à partir d'une radiographie du poignet et de la main gauche). Le début de la puberté se situe pour un âge osseux de 11 ans (10 à 12 ans) chez la fille, correspondant grossièrement à l'apparition du sésamoïde du pouce.

La pilosité de la région pubienne débute le plus souvent six mois après la glande mammaire. Elle peut parfois précéder ou être synchrone du développement mammaire. En 2-3 ans la pilosité pubienne prend un aspect d'adulte

1. Paragraphe rédigé par R. Coutant, professeur des universités, praticien hospitalier, service d'endocrinologie pédiatrique, pôle médico-chirugical de l'enfant, CHU d'Angers.

en forme de triangle à base supérieure horizontale. *La pilosité axillaire* apparaît en moyenne 12 à 18 mois plus tard. Elle évolue en 2-3 ans.

La vulve se modifie dans son aspect et son orientation : horizontalisation de la vulve qui passe de la position verticale, regardant en avant chez l'enfant impubère, à la position horizontale, regardant en bas en fin de puberté ; et hypertrophie des petites lèvres, accentuation des grandes lèvres et augmentation du clitoris. La vulve devient sécrétante avec apparition de leucorrhées.

Les premières règles (ménarche) apparaissent en moyenne autour de 13 ans (10 à 16 ans), 2-2,5 ans après l'apparition des premiers signes pubertaires (au maximum quatre ans après le début pubertaire). La ménarche apparaît après le pic de croissance pubertaire, durant la phase de décélération. Chez certaines filles les règles peuvent apparaître en début de puberté. Les hémorragies ne sont pas cycliques d'emblée, le devenant au bout de 18-24 mois, quand les cycles seront devenus ovulatoires.

Chez le garçon. — Le premier signe de puberté est *l'augmentation de volume testiculaire.* Il se produit vers l'âge de 12-13 ans (9 à 14 ans pour 95 % des garçons). Le volume testiculaire devient égal ou supérieur à 4 ml ou si l'on mesure la plus grande longueur, celle-ci atteint ou dépasse 2,5 cm. Le début de la puberté se situe pour un *âge osseux* de 13 ans (12 à 14 ans) chez le garçon, correspondant grossièrement à l'apparition du sésamoïde du pouce.

La pilosité pubienne apparaît entre 0-6 mois après le début du développement testiculaire. Elle évolue en 2-3 ans. *La pilosité axillaire* est comme chez la fille plus tardive, 12 à 18 mois après l'augmentation de volume testiculaire. La pilosité faciale est encore plus tardive, de même que la pilosité corporelle, inconstante et variable, et que la modification de la voix. Chez 30 % des garçons apparaît en milieu de puberté une discrète *gynécomastie* bilatérale qui régressera en quelques mois dans la quasi-totalité des cas.

L'augmentation de la verge au-delà de 5-6 cm débute un peu plus tard vers l'âge de 13 ans, un an après l'augmentation de volume testiculaire.

LA POUSSÉE DE CROISSANCE PUBERTAIRE

Chez la fille. — Le démarrage de la croissance pubertaire est chez la fille synchrone des premiers signes pubertaires vers 10,5 ans.

La vitesse de croissance s'accélère, passe de 5 cm/an avant la puberté à un maximum de 8 cm/an vers l'âge de 12 ans (extrêmes de 10 à 14 ans). La taille au début de la croissance pubertaire est en moyenne de 140 cm. La croissance pubertaire totale moyenne est de 23-25 cm. La taille finale est atteinte autour de 16 ans et se situe en France à 163 cm en moyenne.

TABLEAU 1-I. — *Stades pubertaires, dits stades de Tanner.*

La pilosité pubienne (garçon et fille) selon Tanner
P1 Absence de pilosité
P2 Quelques poils longs sur le pubis
P3 Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse
P4 Pilosité pubienne fournie
P5 La pilosité s'étend à la racine de la cuisse et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon
Le développement mammaire selon Tanner
S1 Absence de développement mammaire
S2 Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole
S3 La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole
S4 Développement maximum du sein (apparition d'un sillon sous-mammaire). Saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande
S5 Aspect adulte. Disparition de la saillie de l'aréole
Le développement des organes génitaux externes du garçon selon Tanner
G1 Testicules et verge de taille infantile
G2 Augmentation du volume testiculaire de 4 à 6 ml (L 25 à 30 mm)
G3 Continuation de l'accroissement testiculaire de 6 à 12 ml (L 30-40 mm). Accroissement de la verge
G4 Accroissement testiculaire de 12 à 16 ml (L 40-50 mm) et de la verge
G5 Morphologie adulte

Chez le garçon. — Le démarrage de la croissance pubertaire est chez le garçon retardé d'environ un an par rapport aux premiers signes pubertaires. Il se situe vers 13 ans.

La vitesse de croissance s'accélère passe de 5 cm/an avant la puberté à un maximum de 10 cm/an vers l'âge de 14 ans (extrêmes de 12 à 16 ans). La taille au début de la croissance pubertaire est en moyenne de 150 cm. La croissance pubertaire totale moyenne est de 25-28 cm. La taille finale est atteinte autour de 18 ans et se situe en France à 175 cm en moyenne.

Dans les deux sexes. — Le gain statural pubertaire dépend en partie de l'âge de démarrage pubertaire : il est d'autant plus élevé que la puberté démarre tôt. Mais l'âge de démarrage de la puberté ne modifie pas de façon importante la taille finale, à condition que la puberté démarre dans les limites physiologiques.

PHYSIOLOGIE DE LA PUBERTÉ

L'activation de l'axe gonadotrope. — Le développement pubertaire correspond à un programme de maturation graduelle, plutôt que brutale, de

l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique, probablement génétiquement déterminé et également sous l'influence de facteurs environnementaux. Le déclenchement pubertaire résulte de l'activation successive de l'hypothalamus, de l'antéhypophyse, des gonades puis des tissus cibles périphériques. En réalité, l'activité de l'axe gonadotrope est détectable durant l'enfance, mais reste de degré faible, et la puberté correspond plutôt à une augmentation nette des activités hormonales hypothalamiques et hypophysaires, responsable d'une production accrue par les gonades des stéroïdes sexuels qui vont entraîner les modifications physiques de la puberté.

L'hypothalamus. — Le phénomène initiateur de la puberté correspond à la réactivation de la sécrétion pulsatile de GnRH (gonadotropin-releasing hormone, ou LH-RH luteinizing hormone-releasing hormone) par les neurones de l'hypothalamus médiobasal, principalement le noyau arqué. La sécrétion pulsatile de GnRH hypothalamique est fonctionnelle dès la vie fœtale, et est particulièrement active en période néonatale, puis entre en quiescence pendant l'enfance pour être réactivée à la période pubertaire. En réalité, la production pulsatile de GnRH n'est pas un phénomène en « tout ou rien » : la phase de quiescence de l'enfance n'est pas complète, une production pulsatile de GnRH est détectable à cette période, la réactivation gonadotrope correspond plutôt à une augmentation de la pulsatilité et de l'amplitude des pics de GnRH, repérable plusieurs années avant les manifestations physiques de la puberté. Le GnRH est sécrété au niveau de l'éminence médiane dans le système porte hypophysaire jusqu'aux cellules gonadotropes antéhypophysaires.

L'hypophyse. — Le GnRH se fixe sur son récepteur à sept domaines transmembranaires, couplé aux protéines G, sur la membrane des cellules gonadotropes hypophysaires. La pulsatilité du GnRH est nécessaire pour la production des gonadotrophines, alors que l'infusion continue entraîne une désensibilisation du récepteur. La sécrétion de LH (luteinizing hormone) et FSH (follicle stimulating hormone) suit la rythmicité du GnRH, et les pics de LH et FSH peuvent être détectés dans la circulation, environ deux à quatre ans avant les manifestations physiques de puberté. C'est d'abord durant la nuit que les pics de gonadotrophines deviennent plus amples. Alors que la puberté progresse, la fréquence et l'amplitude des pics de LH augmentent également pendant la journée. L'amplitude des pics de LH, gonadotrophine prédominante à partir de la puberté, est multipliée par 20-30.

Les gonades. — Les gonadotrophines hypophysaires libérées dans la circulation générale se fixent sur leurs récepteurs respectifs, récepteur LH et récepteur FSH, appartenant également à la famille des récepteurs à sept domaines transmembranaires couplés aux protéines G.

Chez le garçon, dans les testicules, les cellules de Leydig, en réponse à l'activation du récepteur LH, produisent essentiellement la testostérone. C'est la dihydrotestostérone (DHT), qui provient de la réduction de la testostérone par la 5 alpha réductase dans les tissus cibles, qui est principalement responsable des modifications physiques de la puberté (allongement de la verge, développement de la pilosité) car l'affinité de la DHT pour le récepteur aux androgènes est environ dix fois plus forte que celle de la testostérone. Les cellules de Sertoli produisent principalement l'inhibine B et l'hormone antimüllerienne (AMH). L'inhibine B augmente durant la puberté : sa production est stimulée par la FSH, et l'inhibine B exerce elle-même un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de FSH. L'AMH est produite de manière abondante durant la période embryonnaire et fœtale, et durant l'enfance. À partir de la puberté, ses taux s'effondrent, en raison d'un rétrocontrôle négatif de la testostérone sur sa sécrétion. En dehors de sa fonction essentielle à la période embryonnaire et fœtale, entraîner la régression de structures Mülleriennes, son rôle postnatal est mal connu. La maturation des tubules du testicule et des cellules germinales, qui rendent compte de l'augmentation du volume testiculaire, s'effectue en réponse à l'augmentation des taux de testostérone intra-testiculaire, produite par les cellules de Leydig en réponse à la LH, et à l'action de la FSH sur la cellule de Sertoli.

Chez la fille, dans l'ovaire, les cellules interstitielles de la thèque, en réponse à l'activation du récepteur LH, produisent des androgènes, essentiellement l'androstènedione. Les androgènes sont aromatisés en œstrogènes dans les cellules de la granulosa, sous l'effet stimulant de la FSH, également responsable de la maturation folliculaire.

Le rétrocontrôle de l'axe gonadotrope par les stéroïdes gonadiques durant l'enfance. — L'axe hypothalamo-hypophysaire est extrêmement sensible aux taux très faibles de stéroïdes gonadiques produits durant la période prépubertaire, qui contribuent à maintenir l'axe gonadotrope en quiescence.

Le rôle du système nerveux central. — Plusieurs neuromédiateurs du système nerveux central exercent un effet inhibiteur, en particulier l'acide gamma amino butyrique (GABA), et d'autres un effet stimulateur sur les neurones à GnRH (en particulier le glutamate) : la quiescence de l'enfance correspondrait à l'effet prédominant du tonus inhibiteur, et l'activation pubertaire à une levée de cette inhibition et à l'effet devenu prépondérant du tonus excitateur. De plus, les cellules gliales modulent également l'activité des neurones à GnRH, par l'intermédiaire de facteurs de croissance sécrétés capables d'activer directement ou indirectement la sécrétion de LHRH. La glie contribuerait ainsi au déclenchement pubertaire, et pourrait être en particulier impliquée dans les pubertés précoces observées au cours de certaines tumeurs cérébrales.

Un autre élément modulant l'activité gonadotrope a été identifié récemment : il s'agit du récepteur GPR54 (G protein-coupled receptor), récepteur couplé aux protéines G présent au niveau de l'hypothalamus et de l'hypophyse, dont le ligand, la kisspeptine-1, est détecté entre autres dans le système nerveux central.

Le rôle de l'environnement. — Les facteurs socio-économiques, la nutrition, la santé générale, l'altitude modulent le début de la puberté. La théorie actuelle suppose que des gènes multiples interagissent entre eux (épistasie) et avec l'environnement pour déterminer le démarrage pubertaire. À partir de l'étude de jumeaux, on a estimé que les facteurs génétiques expliquaient au moins 50 % de la variance du début pubertaire. La nutrition prénatale (et plus généralement la croissance fœtale) et la nutrition postnatale (acquisition de la masse grasse) semblent moduler le démarrage pubertaire. Ceci a été mieux établi chez la fille que chez le garçon. Deux hormones semblent plus particulièrement impliquées dans la relation entre état nutritionnel et axe gonadotrope : la leptine, produite par le tissu adipeux principalement, et la ghréline, produite par l'estomac. Les concentrations circulantes de leptine sont proportionnelles au pourcentage de masse grasse, alors que les concentrations de ghréline sont augmentées par le jeune, et diminuées en cas d'excès de masse grasse. L'administration de ces hormones chez l'animal a influencé le démarrage pubertaire. Leur implication en physiologie humaine reste cependant encore discutée. Les cycles jour-nuit, le climat, les produits chimiques interrupteurs hormonaux ont été également impliqués dans le déterminisme du démarrage pubertaire. La puberté précoce, plus fréquemment observée chez les enfants adoptés de pays étrangers, pourrait traduire plusieurs de ces influences : nutrition prénatale et postnatale, exposition à des interrupteurs hormonaux.

LE MODÈLE SOCIOLOGIQUE

Les sociologues étudient l'adolescence d'un double point de vue : celui d'une période d'insertion dans la vie sociale adulte, celui d'un groupe social avec ses caractéristiques socioculturelles particulières. Ainsi selon les époques, selon les cultures, selon les milieux sociaux, l'adolescence sera différente. Dans le modèle de compréhension sociologique, l'adolescence n'est donc pas un phénomène universel et homogène.

APPROCHE HISTORIQUE

Nous passerons brièvement sur l'aspect historique. Si certains affirment que l'adolescence a toujours été une période repérable dans la vie de

l'individu, avec ses caractéristiques propres à chaque époque (par exemple chez les Romains, l'adolescence se termine officiellement vers l'âge de 30 ans), beaucoup pensent que l'adolescence telle que nous la concevons est un phénomène récent : « L'enfant passait directement et sans intermédiaires des jupes des femmes, de sa mère ou de sa "mie" ou de sa "mère-grand", au monde des adultes. Il brûlait les étapes de la jeunesse ou de l'adolescence. D'enfant il devenait tout de suite un petit homme, habillé comme les hommes ou comme les femmes, mêlé à eux, sans autre distinction que la taille. Il est probable que dans nos sociétés d'Ancien Régime, les enfants entraient plus tôt dans la vie des adultes que dans les sociétés primitives » (P. Aries, 1969). Certains aspects actuels pourraient être compris comme un nouveau mouvement historique vers la disparition de l'adolescence : « L'écart qui existe entre les jeunes et les moins jeunes tend à se réduire et cela grâce aux mouvements des années 60. En effet, la culture originale revendiquée par les jeunes au cours de la dernière décennie, fait désormais partie du patrimoine de toutes les générations : la liberté sexuelle, le droit à la parole, les formes d'expression dans lesquelles la vie privée et la vie politique se mêlent profondément, sont des valeurs maintenant reconnues par tous » (Conférence générale de l'Unesco, 21e session, 1981).

APPROCHE CULTURELLE

L'approche culturelle est sans doute la plus convaincante pour soutenir la thèse que l'adolescence n'est pas un phénomène universel. Les travaux de Margaret Mead, bien que controversés, ont marqué tout le courant culturaliste : non seulement l'adolescence n'est pas universelle (par exemple l'adolescence n'existe pas chez les habitants de Samoa), mais nous pouvons établir un lien entre la nature de l'adolescence et le degré de complexité de la société étudiée : plus la société est complexe, plus l'adolescence est longue et conflictuelle (travaux de Malinowski, de Benedict, de Kardiner ou de Linton).

Dans cette approche culturelle les caractéristiques de l'adolescence varient selon les sociétés, à différents niveaux :

1) Au niveau de la durée : dans les cultures africaines attachées à la tradition elle sera déterminée par les rites de passage qui varient d'une ethnie à l'autre.

2) Au niveau des méthodes adoptées pour la socialisation de l'individu : certaines cultures adopteront volontiers un mode prévalent de socialisation des adolescents au sein du foyer familial (culture occidentale), d'autres au sein d'un autre foyer (par exemple, vers l'âge de 8 ans, les garçons dans la tribu de Gonja, peuple du Nord Ghana, vont vivre chez le frère de la mère et son épouse, la fille chez la sœur du père et son époux), d'autres au sein

d'institutions extrafamiliales (par exemple, chez les Samburu, un des groupes Masaï nomade du Nord Kenya, les jeunes vivent à la périphérie de la tribu et ont pour rôle de protéger cette même tribu ou d'attaquer les tribus rivales), d'autres enfin dans le groupe des pairs (chez les Muria, dans l'État de Bastar en Inde, les adolescents vivent dans un dortoir collectif et mixte : le Gothul).

Il est ainsi intéressant de constater que, dans nos sociétés occidentales contemporaines, ces différents modes de socialisation existent du moins potentiellement (séjour chez l'oncle ou la tante, internat, foyer, communautés).

3) Au niveau des types de cultures : dans son livre *Le fossé des générations*, M. Mead distingue trois types de cultures :

– les cultures postfiguratives qui forment la plus grande partie des sociétés traditionnelles où les enfants sont instruits avant tout par leurs parents et les anciens ;

– les cultures cofiguratives dans lesquelles enfants et adultes font leur apprentissage de leurs pairs, autrement dit le modèle social prévalent est le comportement des contemporains. Les modèles les plus nets de cultures cofiguratives sont rencontrés dans les pays d'immigration (États-Unis, Israël) ;

– les cultures préfiguratives qui se caractérisent par le fait que les adultes tirent aussi des leçons de leurs enfants (M. Mead, 1972).

Pour Bruner, la caractéristique de nos sociétés occidentales actuelles est que « pour la première fois peut-être dans notre tradition culturelle, une place est faite à une génération intermédiaire qui a le pouvoir de proposer le modèle de formes nouvelles de conduites ». En effet, la communauté des adultes, par la complexité des tâches et l'abstraction de plus en plus grande des fonctions de chacun, s'avère incapable de proposer aux enfants une série de modèles identificateurs et un système de valeur pédagogique, professionnelle, morale, etc., qui tiennent compte des changements permanents. Dans ces conditions l'adolescence constitue le relais nécessaire entre le monde des enfants et le monde des adultes car « elle propose de nouveaux styles de vie mieux adaptés à ce qui est perçu comme des conditions nouvelles et changeantes, à des changements qu'elle affirme, à tort ou à raison, percevoir mieux que ceux qui se sont adaptés à l'état de choses antérieur ». On assiste ainsi, selon Bruner, à une sorte de renversement de perspective : le monde traversant des changements permanents, l'adolescence, par sa caractéristique propre d'être une période de changement, devient une sorte de modèle social et culturel, tant pour les enfants que pour les adultes. La question essentielle qui surgit alors est de savoir « si la génération intermédiaire peut réduire le degré d'incertitude inhérent au fait de grandir dans des conditions de changements imprévisibles et si elle peut fournir à la fois des maîtres à penser et des pourvoyeurs charismatiques de jeu paradoxal : promouvoir l'efficacité en même temps que l'adhésion » (J.S. Bruner, 1983).

APPROCHE SOCIALE

L'adolescence représente quantitativement un groupe social important (*cf.* tableau 1-II). Dans une même culture et en particulier dans nos sociétés, l'adolescence variera également pour les sociologues selon le milieu social d'origine ou selon les activités exercées. Rappelons l'enquête en France sur la psychologie différentielle de l'adolescence : B. Zazzo a étudié quatre groupes d'adolescents : les lycéens, les élèves d'école normale d'instituteurs, les apprentis et les salariés. Ces groupes se distinguaient globalement par les réponses vis-à-vis de trois variables psychologiques : les attitudes de critique et de contestation, les relations avec la famille et avec autrui et les rapports avec le monde (B. Zazzo, 1972). De même, certains ont pu distinguer deux types de marginalité chez les jeunes dans les années 70 : une marginalité intellectuelle, avec deux tendances : une tendance « hippie », une tendance « gauchiste » et une marginalité « populaire » (G. Mauger, 1975).

TABLEAU 1-II. — *Répartition de la population âgée de 12 à 25 ans au 1er janvier 1979 selon le sexe et l'âge.*

Année de naissance	*Age en années révolues*	*Les deux sexes*	*Sexe masculin*	*Sexe féminin*
1966	12	844 563	431 738	412 825
1965	13	854 296	437 411	416 885
1964	14	874 123	446 767	427 356
1963	15	867 164	442 212	424 952
1962	16	844 826	430 776	414 050
1961	17	855 235	436 197	419 038
1960	18	845 885	431 182	141 703
1959	19	854 271	435 392	418 879
1958	20	840 252	426 841	413 411
1957	21	844 566	428 494	416 072
1956	22	841 038	426 501	414 537
1955	23	840 068	425 238	414 830
1954	24	845 405	429 389	416 016
1953	25	835 138	424 843	410 295
1953-1966	12-25	11 886 830	6 052 981	5 833 849

Source : La situation démographique en 1979 (Les collections de l'INSEE, D 88).

D'autre part, l'organisation sociale en classe d'âge (les enfants, les adolescents, les vieillards, etc.) remplace probablement en partie l'ancienne hiérarchisation sociale qui a perdu de sa rigidité. La bande d'adolescents en est la caricature : la bande est pour l'adolescent le moyen grâce auquel il tente de trouver une identification (idéalisation d'un membre du groupe, d'une idéo-

logie), une protection (tant envers les adultes qu'envers lui-même, en particulier sa propre sexualité : c'est le versant homosexuel de toute bande d'adolescents), une exaltation (puissance et force de la bande contrairement à la faiblesse de l'individu), un rôle social (dynamique interne à la bande avec les divers rôles qui s'y jouent : meneurs, soumis, exclus, hôtes, ennemis…). La dépendance de l'adolescent à l'égard de la « bande » est souvent extrême, mais Winnicott souligne à juste titre que « les jeunes adolescents sont des isolés rassemblés » : en effet sous cet attachement parfois contraignant au conformisme de la bande, p. 362, l'individu développe peu d'attachements profonds aux autres comme en témoignent les fréquentes ruptures, dispersions, regroupements de bande sur de nouvelles bases, etc. (*cf.* chap. 12, L'environnement social : la bande). Toutefois, la quête de ce conformisme peut enfoncer l'adolescent dans des choix aberrants car, à la recherche d'une identification, il peut adhérer aux conduites les plus caricaturales. Citons Winnicott : « dans un groupe d'adolescents les diverses tendances seront représentées par les membres du groupe les plus malades. » Parmi ces positions pathologiques, le vécu persécutif de la bande est probablement un des plus fréquents : la bande est menacée (par les autres bandes, par la société…) et doit par conséquent se replier plus fortement sur elle-même en s'homogénéisant le plus possible afin de pouvoir se défendre et même attaquer. On observe là le déplacement sur le groupe de la problématique paranoïde potentielle de l'individu adolescent.

En définitive, ces différents éléments soutiennent l'idée que du point de vue sociologique, l'adolescence est hétérogène. Actuellement, deux aspects se dégagent :

1) La rapidité des changements d'une génération d'adolescents à la suivante : « Ni l'attitude, ni le vocabulaire engendrés par les années 60 ne semblent convenir aux réalités qui s'annoncent et que la jeunesse devra affronter au cours de la prochaine décennie. Les mots clés du rapport de l'Unesco de 1968 étaient : confrontation-contestation ; marginalisation ; contre-culture ; contre-pouvoir ; culture des jeunes… Les jeunes étaient alors perçus comme un groupe historique distinct et identifiable… Cette génération a été séparée de ses aînés par un énorme fossé… Le mots clés de la vie des jeunes au cours de la prochaine décennie seront : pénurie ; chômage ; surqualification ; inadéquation entre l'emploi et la formation reçue ; anxiété ; attitude défensive ; pragmatisme ; et l'on pourrait même ajouter à cette liste, subsistance et survie… Si les années 60 ont mobilisé certaines catégories de jeunes dans certaines parties du monde autour d'une crise de culture, d'idées et d'institutions, les années 80 imposeront à la nouvelle génération une crise matérielle et structurelle d'incertitude économique chronique, voire de privation » (*La jeunesse dans les années 80*, Unesco). Ce point de vue est confirmé en 1983 par une enquête des 15-20 ans où plus de la moitié d'entre eux s'attendent à connaître le chômage à un moment ou à un autre dans leurs dix prochaines années à venir. « Mais c'est un simple incident de parcours comme si le chômage faisait désormais partie des choses de la vie » (A. Burguière, 1983).

2) Aujourd'hui, la dimension culturelle tend à se poser transversalement par rapport aux variables personnelles et sociales : « dans un contexte social qui a profondément évolué, et grâce à une maturation mentale plus précoce, beaucoup de jeunes (d'étudiants) prennent des positions culturelles relativement indépendantes par rapport aux conditionnements qui autrefois étaient décisifs pour leurs différenciations socioculturelles » (P.G. Grassé, 1974). L'identité culturelle ne coïncide plus forcément avec l'identité biologique ou sociale. Les différences culturelles au sein de la jeunesse deviennent progressivement moins liées aux différences de sexe, d'âge, d'origine régionale et surtout à la différence des classes sociales ; la jeunesse devient culturellement et mondialement un groupe déjà remis en cause dans les sociétés les plus technocratiquement avancées ; rappelons ce que nous évoquions précédemment à propos de l'écart s'amenuisant entre les générations adolescentes et adultes. Si le modèle sociologique souligne les différences entre adolescences, il se préoccupe aussi, comme le modèle psychanalytique, des relations (au niveau général) entre la classe des adultes et celle des adolescents.

Enfin, nous n'avons pas abordé dans ce paragraphe les relations entre l'adolescent et son proche environnement, en particulier sa famille. L'approche familiale pourrait être conçue comme une sorte de pont entre l'évidente dimension sociologique et culturelle dans laquelle chaque famille baigne, et d'un autre côté la problématique intrapsychique de l'adolescent face à ses images parentales. D'ailleurs, évoquer à propos du processus de l'adolescence une seconde phase du processus de séparation-individuation (*cf.* chap. 1, Le second processus de séparation-individuation) montre que la « famille », aussi bien dans ses fonctions externes socioculturelles que dans ses fonctions internes propres au psychisme de chacun (image parentale et type de relation d'objet), structure et organise l'évolution de l'adolescent. Ces rapports ont une importance telle qu'ils sont étudiés dans un chapitre spécifique de cet ouvrage : « L'adolescent et sa famille » (*cf.* p. 452).

LE MODÈLE PSYCHANALYTIQUE

La perspective psychanalytique repose sur un postulat : la possibilité de décrire et comprendre l'adolescence comme un processus psychologique relativement homogène selon les sociétés. À la suite de S. Freud, chacun reconnaîtra l'importance de la puberté, le rôle joué par l'accession à la sexualité et par là même le regroupement des pulsions partielles sous le primat de la pulsion génitale. En revanche, l'accent pourra être mis selon les auteurs sur un aspect plus spécifique : l'excitation sexuelle et les modifications pulsionnelles, le corps, le deuil et la dépression, les moyens de défense, le narcissisme, l'idéal du Moi, ou encore le problème de l'identité et des identifications. Mais pour tous, l'adolescence sera caractérisée par ces différents éléments dont l'impor-

tance respective variera selon les points de vue et évidemment selon les adolescents eux-mêmes. En proie à ses pulsions, l'adolescent doit rejeter ses parents dont la présence réactive les conflits œdipiens et le menace d'un inceste maintenant réalisable ; mais dans le même mouvement il va jusqu'à rejeter les bases identificatoires de son enfance, c'est-à-dire ses imagos parentales. Pourtant la découverte d'une identification d'adulte ne pourra advenir que dans l'insertion de cet adolescent au sein de la lignée familiale, d'où sa recherche désespérée d'une image de soi dans les racines culturelles, dans le groupe social ou dans les souvenirs familiaux (les grands-parents sont souvent les seuls à être épargnés par la contestation de l'adolescent). À la base de toute adolescence, il y a ce meurtre des imagos parentales, condensé fantasmatique de l'agressivité liée à toute croissance : « grandir est par nature un acte agressif » (Winnicott). Confronté à ce paradoxe, l'adolescent doit éprouver ses conflits avant d'en trouver la solution : les moyens de défense dont il dispose, soit qu'il les réutilise (retour aux processus défensifs de la période œdipienne), soit qu'il en découvre des nouveaux (processus défensifs spécifiques de l'adolescence), ont pour but de rendre supportable cette dépression et cette incertitude identificatoire sous-jacente. Le temps reste le facteur thérapeutique essentiel (Winnicott) même si, pris dans l'urgence de l'instant, l'adolescent et ses parents ne voient rien d'autre que la situation actuelle.

À cette homogénéité de penser l'adolescence comme un processus intrapsychique spécifique, s'oppose une certaine hétérogénéité des regroupements conceptuels. Nous distinguerons schématiquement deux principaux regroupements conceptuels (voir sur ce point l'ensemble du chapitre 2) :

– celui qui inscrit l'adolescence dans une spécificité à dominante développementale et dans une (relative) continuité psychopathologique. Le modèle typique en est celui du processus de séparation et des angoisses qui en découlent ou celui de la subjectivation ;

– celui qui fait de l'adolescence un moment structural critique, à la fois émergence d'une nouvelle organisation psychique mais aussi risque de désorganisation psychopathologique. Le modèle typique en est celui de la crise, du pubertaire ou encore de la dépendance avec ses aménagements.

LES PRINCIPAUX ASPECTS DYNAMIQUES DE L'ADOLESCENCE

L'excitation sexuelle. — La puberté caractérisée par l'apparition de la capacité orgastique et l'avènement de la capacité reproductive, entraîne une explosion libidinale, une éruption pulsionnelle génitale et un mouvement de régression vers les pulsions prégénitales. D'un point de vue économique, l'apparition brusque d'énergie libre (énergie non liée) conduit l'individu de façon incoercible à la recherche d'une décharge tensionnelle. À ces change-

ments économiques s'associent, comme c'est toujours le cas, des changements dans la perspective dynamique : le conflit intérieur de l'adolescent n'est pas une simple réplique du conflit œdipien, il s'y associe des conflits plus « archaïques » comme par exemple un conflit entre le Moi idéal réactualisé et le Moi déstabilisé (C. et G. Terrier, 1980) ou des conflits ambivalentiels rappelant ceux de la phase dépressive. L'affrontement entre la vie fantasmatique et les transformations pubertaires bouleverse la dynamique conflictuelle. Le rapport entre la prééminence du désir sexuel et la proximité des possibles, est la source d'une angoisse dont la qualité est liée à la dimension mégalomaniaque du désir (J. Rousseau et P. Israël, 1968).

Cette explosion libidinale avec ses aspects économiques et dynamiques fragilisent le Moi dans son rôle de pare-excitation. La puberté est une période de poussée libidinale ; les exigences pulsionnelles y sont particulièrement renforcées. Mais comme le souligne A. Freud, « tout renforcement des exigences pulsionnelles accroît la résistance du Moi à la pulsion… ». Pour cet auteur, le pronostic de l'aboutissement de la puberté ne repose pas tant sur la puissance des pulsions, mais plutôt sur la tolérance ou l'intolérance du Moi à l'égard de ces pulsions. De même ce n'est pas tant les modifications du « Ça » humain, mais plutôt les relations différentes qu'établit le Moi avec le Ça qui déterminent les différences observées dans les représentations d'objet. Ainsi, l'étude des moyens de défense est fondamentale à l'adolescence (*cf.* plus loin). Nous dirons simplement ici que la problématique activité/passivité, qui constitue un des axes conflictuels essentiels à cet âge, s'explique en particulier par l'importance de cette excitation pulsionnelle. Elle traduit un mode d'aménagement et de réponse face à cette excitation (*cf.* chap. 5, L'agir comme entrave à la conduite mentalisée). En pathologie, nous en verrons l'intérêt dans plusieurs regroupements cliniques comme par exemple l'anorexie mentale ou la toxicomanie.

La problématique du corps. — La puberté se manifeste par de profondes modifications physiologiques, qui ont évidemment d'importantes répercussions psychologiques aussi bien au niveau de la réalité concrète qu'au niveau imaginaire et symbolique.

La puberté et l'accession à la sexualité génitale. — Le développement des organes génitaux, de la pilosité, des seins, l'apparition des premières règles, ou d'érections avec éjaculation, la possibilité d'avoir des rapports sexuels et de procréer ont un impact fondamental dans le processus de l'adolescence. S. Freud, et bien d'autres après lui, ont accordé beaucoup d'importance à ces modifications physiologiques.

Freud note déjà dans *Les trois essais sur la théorie de la sexualité* : « avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale ». Pour Freud, la pulsion va dorénavant découvrir l'objet sexuel chez autrui, les diverses zones

érogènes dites partielles (orale, anale, urétrale) vont se subordonner au primat de la zone génitale (organe sexuel). La jouissance sexuelle liée à l'émission des produits génitaux permet d'accéder au « plaisir terminal », opposé en cela aux plaisirs préliminaires liés aux zones érogènes partielles citées plus haut. Mélanie Klein, Anna Freud, D.W. Winnicott, entre autres, verront également dans ces modifications physiologiques la source de perturbations dans l'équilibre psychique de l'adolescent. Édith Jacobson a développé longuement le rôle de ces modifications dans la réactivation de l'angoisse de castration, aussi bien chez les garçons que les premières éjaculations conduisent habituellement à se masturber, que chez les filles dont les premières règles renforcent leur croyance infantile de castration. Ces transformations et cette accession à la sexualité génitale peuvent être à l'origine de rapports sexuels « expérimentaux » ou de repli défensif vers une homosexualité latente ou même transitoirement patente (*cf.* chap. 7, L'homosexualité).

Plus récemment l'insistance sur les transformations physiques de la puberté conduit à décrire un véritable processus psychique désigné sous le substantif de « pubertaire » qui serait à la psyché ce que la puberté est au corps (B. Gutton, 1991). Le « pubertaire » est théorisé comme un processus rendant compte de la pression sur les trois instances psychiques (Moi, Surmoi, Ça) du réel biologique de la puberté, pression qui se heurte à la barrière de l'inceste léguée par l'élaboration du développement œdipien. Les éléments en présence dans l'organisation pubertaire sont donc :

– la pression de « l'éprouvé originaire pubertaire », la pression de la pulsion trouvant son but par le nouvel objet génital ;

– l'horreur des interprétations sur les investissements incestueux ;

– la mise à l'épreuve du Surmoi face à l'entrée dans la catégorie du possible œdipien ;

– la recherche par le Surmoi de nouveaux étayages car l'alliance établie, en particulier au cours de la période de latence, entre le Moi et le Surmoi se défait ;

– conséquence des facteurs précédents, l'épreuve de réalité devient vacillante et constitue la caractéristique centrale de cette organisation « pubertaire ».

Ce centrage sur ce phénomène psychique de la puberté rend compte, d'un point de vue certes global, du doute par lequel tout adolescent est habité : celui du lien entre le « je » et son corps.

L'image du corps. — Le corps se transforme donc à un rythme variable mais de manière globale : la « silhouette » change aussi bien pour l'adolescent lui-même que pour ceux qui le regardent. L'image du corps est bouleversée dans plusieurs domaines :

– *Le corps comme repère spatial*. « L'adolescent est un peu comme un aveugle qui se meut dans un milieu dont les dimensions ont changé » (A. Haim, 1970). L'adolescent est confronté à la transformation de cet

instrument de mesure et de référence par rapport à l'environnement, qu'est la perception de son corps propre.

– *Le corps comme représentant symbolique*. Par la façon dont il est utilisé, mis en valeur ou méconnu, aimé ou détesté, source de rivalité ou de sentiment d'infériorité, habillé ou parfois déguisé, le corps représente pour l'adolescent un moyen d'expression symbolique de ses conflits et des modes relationnels. Par exemple, chez le garçon, les cheveux longs ou les cheveux courts peuvent être le reflet d'une mode, mais peuvent aussi être l'expression symbolique de l'identité sexuelle.

– *Le corps et le narcissisme*. Quel adolescent n'a passé de longs moments devant sa glace? Quel adolescent n'a manifesté à un moment ou à un autre un intérêt exagéré à l'égard de sa silhouette ou d'une partie de son corps ou paradoxalement un désintérêt apparent total? Faisant partie d'un ensemble plus général d'hyperinvestissement de soi, l'intérêt que porte par moments l'adolescent à son propre corps illustre la présence parfois prépondérante de la dimension narcissique dans le fonctionnement mental à cet âge.

– *Le corps et le sentiment d'identité*. «Le sentiment de bizarrerie ou d'étrangeté qu'ont beaucoup de sujets à cet âge à propos de leur corps est du même type, en dehors de tout facteur psychotique, que le sentiment de ne pas s'identifier de manière sûre» (P. Mâle, 1982).

Tous ces points sont abordés au chapitre «Le problème du corps chez l'adolescent» (chap. 6, p. 128).

L'adolescent est donc confronté à une série de modifications corporelles qu'il a du mal à intégrer et qui de toute façon surviennent à un rythme rapide.

L'adolescence en tant que travail de deuil. — Aux modifications physiologiques et pulsionnelles s'ajoute un autre grand mouvement intrapsychique, lié à l'expérience de séparation des personnes influentes de l'enfance, à un changement dans les modes relationnels, les projets et les plaisirs élaborés en commun, mouvement qui peut être rapproché d'un travail de deuil.

A. Haim écrit : «comme l'endeuillé, l'adolescent reste à certains moments abîmé dans le souvenir de ses objets perdus, et, comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit. Mais, comme la dynamique de deuil normal permet d'en entreprendre le travail, celle de l'adolescence fait que rien ne se fixe.»

Anna Freud établit un parallèle entre les réactions des adolescents et les réponses des individus à deux autres types de pertes réelles : les déceptions sentimentales et les deuils. Elle décrit plusieurs défenses mises en place par le Moi pour lutter contre «la perte d'objet» de cette période.

Le travail de l'adolescence, comme celui du deuil, consiste donc en «une perte d'objet» au sens psychanalytique du terme, perte des «objets infantiles» qu'on peut schématiquement analyser à deux niveaux :

1) perte de l'«objet primitif» d'abord, faisant parfois comparer l'adolescence à la petite enfance (phase de séparation de l'objet maternel); citons

dans ce sens E. Kestemberg, D. Meltzer, et surtout J.F. Masterson qui, reprenant la terminologie de M. Malher, parlent ici de deuxième phase du processus de « séparation-individuation » ;

2) perte de l'« objet œdipien » chargé d'amour, de haine, d'ambivalence : l'adolescent est amené « à conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation œdipienne » (A. Haim, 1970). On peut en rapprocher le fait que l'imago parentale idéalisée, le sentiment de tout pouvoir réaliser (« l'idéal mégalomaniaque infantile »), projetés durant l'enfance sur les parents, sont eux aussi remis en cause par le désir d'autonomie, par la rencontre d'autres idéaux et par une meilleure perception de la réalité.

Une des tâches psychiques centrales de l'adolescence est donc de parvenir au détachement de l'autorité parentale et des « objets infantiles ». Un adolescent qui évolue normalement vit des moments de dépression inhérents au processus développemental dans lequel il se trouve engagé. On peut distinguer deux phases successives : une première phase ou un premier moment de dépression, celui qui accompagne le deuil du refuge maternel, deuil non voulu mais imposé, non vécu comme libération, mais comme abandon, puis dans la seconde phase de l'adolescence, un nouveau deuil va intervenir : le deuil renouvelé de l'objet œdipien sous la pression des pulsions génitales.

Les moyens de défenses. — Par rapport aux conflits évoqués dans les paragraphes précédents, l'adolescent met en place certaines défenses. Les unes n'offrent pas de particularités notables (refoulement, déplacement, isolation) mais les autres paraissent plus spécifiques ou particulièrement fréquentes à cet âge. Seules ces dernières seront envisagées ici.

A. Freud distingue les défenses contre le lien avec l'objet infantile (défense par déplacement de la libido, défense par renversement de l'affect, défense par le retrait de la libido dans le soi, défense par la régression) et les défenses contre les pulsions (ascétisme, intransigeance). On pourrait aussi décrire les défenses centrées sur le conflit œdipien et les défenses élaborées contre le conflit préœdipien. En réalité dans la pratique clinique il est rare que les conduites de l'adolescent témoignent de l'un ou l'autre de ces registres, elles participent généralement à ces divers niveaux. Cette gamme très étendue de manifestations défensives est là encore comprise parfois comme un apprentissage des diverses possibilités défensives du Moi. Nous évoquerons successivement les systèmes défensifs suivants :

– l'intellectualisation et l'ascétisme (A. Freud) ;

– le clivage et les mécanismes associés ;

– la mise en acte.

1) *L'intellectualisation* est, selon A. Freud, un mécanisme défensif du Moi pour mieux contrôler les pulsions au niveau de la pensée. Chacun connaît ces adolescents qui passent des heures interminables en discussion, en reconstruction du monde. L'adhérence massive, immédiate, sans nuance, à des théories philosophiques ou politiques est un exemple à la fois de l'intellectualisation et de l'idéalisation projective. A. Freud rapproche de l'intellectualisation *l'ascétisme* qu'on pourrait définir comme un mécanisme défensif du Moi pour mieux contrôler les pulsions au niveau du corps. Il s'agit ici de ces adolescents qui s'imposent des tâches ou des restrictions physiques plus ou moins draconiennes : faire un nombre de kilomètres quotidiens de cross, s'interdire telle nourriture, ne pas se vêtir chaudement, braver les intempéries, refuser toute satisfaction ou plaisir corporel. On perçoit aisément, derrière cet ascétisme, les tentatives de contrôle des désirs sexuels, en particulier de la masturbation. Toutefois, on peut observer en quelques années une évolution culturelle très importante, évolution qui a atténué en grande partie la culpabilité liée aux conduites masturbatoires.

2) *Le clivage et les mécanismes associés* représentent la réapparition à l'adolescence de mécanismes archaïques souvent abandonnés au décours du conflit œdipien pour des mécanismes défensifs plus adaptés tels que l'inhibition, le refoulement. L'utilisation du clivage a pour but de protéger l'adolescent de son conflit d'ambivalence centré sur le lien aux imagos parentales. L'adolescent se sert également du clivage pour disperser ses désirs génitaux et ne pas s'affronter à la menace incestueuse. Ainsi, pour D. Meltzer, « le trouble central à l'adolescence est celui qui résulte de la confusion d'identité due à la réémergence du violent clivage du self… Ce mécanisme se déploie à la puberté pour faire face à la marée montante des désirs génitaux dans toutes leurs formes infantiles polymorphes et perverses encore peu modifiées par le self adulte et par l'identification introjective ». Cliniquement le clivage s'illustre par les brusques passages d'un extrême à l'autre, d'une opinion à une autre, d'un idéal à un autre. On l'observe ainsi dans les comportements à l'évidence contradictoires de l'adolescent, contradiction qu'il ne semble pas percevoir ou dont il ne s'inquiète pas : ainsi tel adolescent qui réclame bruyamment son indépendance (pour sortir le soir, partir en vacances, etc.) veut être accompagné de ses parents pour d'autres conduites en apparence banales. Ces brusques changements, ces contradictions sont d'autant plus incompréhensibles en apparence, que l'adolescent tient tout un discours rationalisant et intellectualisant.

Associés au clivage, une série de mécanismes défensifs de type archaïque s'observe souvent. Nous ne ferons que les citer ici : *identification projective* déjà évoquée à travers ces brusques et massives adhésions à des systèmes d'idéaux sans nuances ; *idéalisation primitive* marquée par des choix d'objets totalement irréalistes et inaccessibles ou par un Moi idéal mégalomane ; *projection persécutive* traduite par le sentiment d'un monde hostile et dangereux dont il faut se défendre pour survivre.

L'activation de ces mécanismes défensifs primitifs est en partie responsable de l'aspect si particulier des relations d'objet que l'adolescent établit avec son entourage. Leur présence fréquente à l'adolescence a conduit certains auteurs (J.F. Masterson, 1967) à comparer cette crise à un état limite transitoire, état limite où les mêmes mécanismes défensifs s'observent avec prédilection (*cf.* chap. 14, p. 424).

3) *La mise en acte* enfin est parfois si importante qu'elle occupe apparemment tout le champ comportemental. Elle atteint son maximum dans le tableau de la psychopathie (*cf.* chap. 12, p. 355). Elle protège l'adolescent du conflit intériorisé et de la souffrance psychique, mais elle entrave toute possibilité de maturation progressive de telle sorte que l'incessante répétition de cette mise en acte apparaît souvent comme la seule issue.

Le narcissisme. — Tous les psychanalystes insistent sur les modifications du narcissisme non seulement en terme d'augmentation quantitative mais aussi dans le sens d'une répartition dynamique différente.

Rappelons que d'un point de vue clinique le narcissisme « pathologique » peut se définir comme le regroupement de deux conduites :

1) un désintérêt à l'égard du monde extérieur (l'égoïsme) ;

2) une image de soi grandiose (mégalomanie).

L'égoïsme et la mégalomanie sont deux « reproches » souvent adressés à un moment ou à un autre de l'adolescence de tout sujet. D'un point de vue psychanalytique, beaucoup d'auteurs insistent sur l'augmentation des manifestations témoins des défaillances du narcissisme à l'adolescence et sur la prédominance par rapport à la période précédente des conduites issues de la lignée narcissique sur celles de la lignée objectale.

Le développement puis l'établissement du narcissisme adulte sont considérés comme nécessaires à l'adolescence : l'adolescent doit choisir de nouveaux objets, mais doit aussi se choisir soi-même en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime. La façon dont certains adolescents maltraitent leur corps est un signe parmi d'autres de leurs difficultés narcissiques.

Certains ont même proposé de distinguer différents modes d'expression du narcissisme à l'adolescence en situant les conduites dites « narcissiques » sur un continuum allant de celles qui témoignent d'une quasi-normalité à celles qui s'observent dans les états les plus pathologiques.

– un premier mode se manifeste sous la forme de préoccupation de soi, d'amour de soi et même de fantasmes grandioses : il caractérise un narcissisme normal à l'adolescence marqué par l'augmentation de l'investissement libidinal de soi et sa coexistence avec un investissement libidinal persistant des objets ;

– un deuxième type plus pathologique est représenté par une identification pathologique de soi aux objets infantiles et la recherche d'objets qui repré-

sentent le soi infantile. Il n'y a plus de mélange d'investissements narcissiques et d'investissements objectaux ;

– un troisième type encore plus pathologique se manifeste par la conservation constante d'un soi grandiose avec projection d'un soi primitif grandiose pathologique sur l'objet.

Ce narcissisme à l'adolescence est également mis en rapport avec le narcissisme parental projeté sur l'enfant devenant potentiellement celui qui peut réaliser les fantasmes grandioses des parents, mais qui peut aussi se sentir très dévalorisé de ne pas les réaliser. Certaines dépressions de l'adolescence peuvent être directement comprises par rapport à ce dernier phénomène (*cf.* chap. 9, La dépression d'infériorité et d'abandon).

La place de l'idéal du Moi à l'adolescence. — La référence au narcissisme et à travers lui au fondement de l'identité, la place prépondérante que jouent les diverses identifications, son rôle essentiel dans la constitution, puis la cohérence maintenue d'un groupe, tous ces axes rendent évidente la place particulière que l'Idéal du Moi peut occuper à l'adolescence. Nombreux sont les analystes qui, étudiant le processus de l'adolescence, tiennent pour essentiel le rôle de l'Idéal du Moi à cet âge. Ainsi E. Kestemberg note que les adolescents à cette période sont à la recherche d'un Idéal du Moi, d'une image satisfaisante d'eux-mêmes, image susceptible de leur apporter un soutien narcissique. Pour S. Lebovici, le conflit Surmoi-Idéal du Moi est l'un des conflits clefs de l'adolescence, expliquant en particulier certaines conduites d'échec compulsives. Toutefois, ce sont P. Blos et M. Laufer qui ont abordé le plus en profondeur la place de l'Idéal du Moi à cette période de la vie. Nous résumerons successivement, et de façon comparée, leurs points de vue. Nous mettrons en exergue la thèse de P. Blos. Pour cet auteur, l'Idéal du Moi est l'héritier du processus de l'adolescence, de la même manière que le Surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe. L'Idéal du Moi trouve certes ses racines dans le narcissisme primaire, mais P. Blos distingue l'idéalisation du soi propre à l'enfant et l'Idéal du Moi. Cette idéalisation du soi est alimentée par le sentiment de toute-puissance infantile, en particulier grâce à la position bisexuelle, qui chez l'enfant n'est pas trop conflictuelle, et permet toute sorte de compromis : la transformation pubertaire rompt cette bisexualité potentielle, ce qui représente une atteinte majeure à ce sentiment de toute-puissance infantile. À l'adolescence « la composante féminine de la vie pulsionnelle du petit garçon se restreint, s'atténue ou est rejetée de façon beaucoup plus vigoureuse par les injonctions narcissiques manifestées à travers la honte et le mépris que par les interdits surmoïques ». L'identification au père, mais surtout l'intériorisation de l'image paternelle au sein de l'Idéal du Moi prend le relais de la soumission homosexuelle passive au père et de la relation de tendresse que le petit garçon avait pu maintenir jusqu'à la puberté. Ce rapport de tendresse entre père et fils est, rappelons-le, directement issu du conflit œdipien inversé, résultant du déplacement de l'agressivité dirigée contre le père sur d'autres

domaines (en particulier le champ de la connaissance) et du maintien atténué du lien libidinal.

En quelque sorte la relation intrapsychique entre le Moi et l'Idéal du Moi marquée du sceau du projet, du devenir, succède à la relation œdipienne passive entre père et fils : le renoncement à l'attachement œdipien passif ne peut se faire que par l'intermédiaire de l'intégration de l'Idéal du Moi. P. Blos déclare explicitement : « l'Idéal du Moi n'arrive à son organisation définitive que tardivement, au déclin du stade homosexuel de la première adolescence… C'est dans l'abandon irréversible de la position œdipienne négative (homosexuelle) pendant la première adolescence que se trouve l'origine de l'Idéal du Moi. » La fonction de l'Idéal du Moi est de contribuer à la formation de l'identité sexuelle, puis de maintenir stable cette identité. Nous ne reviendrons pas ici sur le point de vue essentiellement développemental dans lequel se situe P. Blos, point de vue qui transparaît comme il se doit dans cette conception du rôle de l'Idéal du Moi.

Toutefois, nous émettrons une critique : pour satisfaire à ce point de vue développemental et justifier sa thèse, P. Blos est contraint de réintroduire chez l'enfant une nouvelle instance ou du moins une fonction particulière qu'il nomme « Idéalisation du soi ». La distinction entre cette « Idéalisation du soi » de l'enfant et « l'Idéal du Moi de l'adolescent puis de l'adulte » nous paraît peu claire, sinon que la première ne se constituerait que sur le seul narcissisme infantile précoce et sur l'illusion de la toute-puissance infantile, tandis que le second inclurait les divers systèmes d'identifications. Il serait souhaitable d'approfondir les fondements théoriques d'une telle distinction qui, selon nous, serait peut-être justifiée pour le nourrisson à la période préœdipienne, mais beaucoup plus incertaine à la période œdipienne et à la phase de latence.

M. Laufer adopte une position beaucoup moins développementale. Pour cet auteur l'Idéal du Moi apparaît au déclin du conflit œdipien en même temps que le Surmoi. Ceci signifie que les systèmes d'identifications et d'intériorisations doivent avoir acquis une stabilité suffisante : « avant que se soit faite l'internalisation, les précurseurs de l'Idéal du Moi sont encore relativement instables, en partie dépendants des sources extérieures. » Cet état correspond à la période préœdipienne. La stabilisation des systèmes d'identifications permet au conflit œdipien de se déployer, au Surmoi et à l'Idéal du Moi de se constituer. Pour définir les origines et le contenu de ce dernier, M. Laufer cite Ritvo et Solnit (1960) : « On peut considérer que l'Idéal du Moi provient de trois sources principales : l'idéalisation des parents, l'idéalisation de l'enfant par les parents et l'idéalisation de soi par l'enfant… » Quant à la fonction de cet Idéal du Moi, M. Laufer en donne la définition suivante : « Je voudrais maintenant définir l'Idéal du Moi comme la partie du Surmoi qui contient les images et les attributs que le Moi s'efforce d'acquérir afin de rétablir l'équilibre narcissique. » Cette préservation de l'équilibre narcissique est la fonction essentielle de l'Idéal du Moi. Or la

caractéristique de l'adolescence est de remettre en cause les gratifications et les ressources narcissiques de l'enfance, en particulier toutes celles qui proviennent des parents et/ou des images parentales. Pour retrouver l'équilibre narcissique temporairement perdu à l'adolescence l'Idéal du Moi aura trois tâches : « aider à modifier les relations internes avec les objets primaires, aider à contrôler la régression du Moi, et favoriser l'adaptation sociale. » L'apport le plus original de M. Laufer concerne le troisième point, car selon lui, la caractéristique de l'Idéal du Moi à l'adolescence est de se servir de l'extérieur, du groupe des pairs comme relais d'identification et de gratification narcissique. En somme, M. Laufer reprend l'une des hypothèses de Freud concernant la psychologie de la foule pour en faire une des caractéristiques dynamiques et structurelles de l'adolescent : « l'adolescent se trouve confronté aux nouvelles espérances que le monde extérieur met en lui (et en premier lieu ses congénères) et il s'identifie à elles. Ce sont là des identifications du moi, mais elles sont ressenties comme étant du même ordre que les premières exigences intériorisées, et c'est dans ce sens que je les considère comme faisant partie de l'Idéal du Moi à l'adolescence. » Le groupe des pairs devient ainsi l'une des sources de gratification et de soutien narcissique. Cependant, M. Laufer voit en cette recherche l'une des possibilités majeures de conflit intrapsychique chez l'adolescent. En effet, « l'Idéal œdipien peut ne pas être conforme à ce qu'attendent les congénères. Dans ce cas, le Moi est mis en demeure de choisir entre le parent œdipien et les congénères ». Il est important d'évaluer les tensions provoquées par ce conflit et les moyens que l'adolescent se donne pour le résoudre, en étudiant par exemple la nature des conduites d'identifications au groupe des pairs : traduisent-elles une tentative de dégagement des liens aux objets œdipiens infantiles ou au contraire une lutte exacerbée contre les exigences surmoïques en raison du maintien des liens aux objets œdipiens ? Dans le second cas l'adolescent risque de résoudre son conflit en élaborant ce que M. Laufer appelle un pseudo-Idéal du Moi, sorte de conformisme adaptatif de surface soit au groupe des pairs, soit aux exigences parentales, mais qui laisse intacts les liens aux objets œdipiens infantiles.

Identité-Identification. — La recherche par l'adolescent de son identité est appréhendée de deux façons différentes. Elle peut se situer dans la continuité de la quête de l'identité depuis le plus jeune âge (E. Erickson, 1972), mais également dans la recherche identificatoire qui part de l'adolescence vers l'âge adulte (E. Kestemberg, 1962). Identité et identification ne peuvent être séparées. Ces différentes acceptions sont sans doute liées au polysémisme de ces concepts. Ainsi l'identification représente pour certains un processus, pour d'autres un fantasme se situant toujours au niveau inconscient. Dans les mécanismes conduisant à l'identification il convient de distinguer les processus d'intériorisation (A. Freud), d'introjection (M. Klein et les auteurs kleiniens : identification introjective opposée à la projection) et

d'incorporation (M. Torok) renvoyant à des stades différents d'organisation des relations d'objets. Ainsi l'identification doit être différenciée de l'imitation avec laquelle elle est souvent confondue.

Dès les premiers travaux sur l'adolescence, la prise en compte de la ligne identificatoire a représenté un axe de compréhension essentiel, en posant le problème dans une alternative qui est devenue le paradoxe central de la psychopathologie développementale. En effet d'un côté certains auteurs mettent en avant la continuité allant de l'enfant à l'adulte selon le modèle proposé par E.H. Erikson (chap. 2, Identité, jeunesse et crise) distinguant confusion d'identité et crise d'identité). Pour cet auteur, l'adolescent réagit en fonction de son enfance et des différents éléments de l'identité qu'il s'est alors construite. À l'opposé de cette conception de l'identité comme une construction progressive de l'enfant à l'adulte en passant par l'adolescent (point de vue développemental « constructiviste »), d'autres auteurs mettent en relief la dimension de conflit et de rupture (point de vue économique-dynamique) : l'adolescence est marquée par un certain rejet des identifications antérieures et par une recherche-conquête d'objets nouveaux d'identification (E. Kestemberg, voir chap. 2, Les aspects pathologiques). À travers des modèles comme la crise d'originalité (M. Debesse, voir chap. 2, La crise d'originalité juvénile) et à un moindre degré la crise juvénile (P. Mâle, chap. 2, La crise juvénile) c'est aussi cette ligne identificatoire qui est interrogée et élaborée.

De nos jours la tension entre l'identité (au singulier) et les identifications (au pluriel) tend à être comprise comme le reflet de l'antagonisme narcissico-objectal qui constitue le cœur du travail psychique de l'adolescence. Cette formulation reprend l'opposition classique proposée par S. Freud entre l'identification primaire, corrélative de la relation d'incorporation orale et du lien à l'objet primaire d'un côté et de l'autre les identifications secondaires qui impliquent le choix d'objet sexuel (voir chap. 7, Le choix de l'objet sexuel). L'identité renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations, en particulier des relations de soins précoces constitutives de ce narcissisme. Plus ces relations précoces ont été satisfaisantes, ont permis un investissement du soi en continuité et équilibré (l'investissement libidinal du soi « neutralisant » en partie les investissements agressifs du soi), plus le sentiment d'identité sera stable et assuré, et à l'inverse moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir : l'objet n'est pas une menace pour le sujet dans la mesure où la relation d'objet précoce a toujours étayé l'investissement narcissique. Dans ce cas la survenue de l'adolescence marquée par son « besoin d'objet » ne menacera pas l'assise narcissique de l'individu.

À l'opposé, le sentiment d'identité est d'autant plus fragile et/ou incertain, le besoin objectal est d'autant plus éprouvé comme une menace potentielle pour l'assise narcissique que le jeune enfant a connu et subi des défaillances excessives dans la qualité ou la continuité de son investissement, qu'il a vécu

des ruptures traumatiques ou qu'il n'a jamais pu faire l'expérience de brèves et positives séparations lui procurant les préformes de son autonomisation : les défaillances de l'objet précoce ont créé des brèches narcissiques. Le réveil pulsionnel de l'adolescence et son besoin objectal seront ressentis comme un danger pour l'assise narcissique et identitaire contraignant l'adolescent à une attitude d'opposition, de rejet ou de négativisme à cause de l'aspect antinarcissique que prend l'investissement d'objet.

Quand l'identité narcissique est assurée, l'adolescent peut sans danger s'engager dans une quête identificatoire qu'elle soit mimétique ou oppositionnelle. L'adolescent tend à rejeter les objets parentaux parce que l'émergence pubertaire le contraint à « sexualiser » ses relations avec ceux-ci. C'est l'époque où l'adolescent multiplie les expériences, les nouvelles relations d'objet lui servant de support aux intériorisations puis identifications à venir. P. Blos évoque ainsi la « faim d'objet » qui habite tout adolescent. Si cette « appétence objectale » permet à l'adolescent d'enrichir sa personnalité et d'affirmer ses traits de caractère, elle a aussi certaines conséquences.

D'une part, l'adolescent s'avère particulièrement sensible et vulnérable aux facteurs d'environnement et aux aléas des rencontres externes. Ainsi les appropriations identificatoires dépendent en grande partie des « objets médiateurs » retrouvés soit chez d'autres adolescents soit chez un adulte ou dans un groupe. D'autre part, cette appétence objectale peut être vécue par l'adolescent comme une insatiable envie qui le menace d'un débordement, d'une perte d'autonomie, c'est-à-dire d'une menace narcissique. Comme beaucoup d'autres, nous pensons que cette tension conflictuelle entre l'appétence objectale pour quérir les identifications nouvelles et la préservation narcissique pour conserver l'assise identitaire représente un des enjeux essentiel de l'adolescence.

Dans ce moment de fragilité, la relation identificatoire aux objets œdipiens n'est pas seulement oppositionnelle, elle est aussi mimétique. P. Blos a insisté sur l'importance de la relation au parent isogénérique, c'est-à-dire dans le conflit œdipien, la relation œdipienne inversée au parent du même sexe : l'adolescent se « soumet » au parent du même sexe, pour se protéger de la menace incestueuse représentée par le parent œdipien direct, et ce faisant il y trouve aussi des bénéfices identificatoires. Parlant du père et du fils P. Blos (1985) déclare : « la résolution du complexe paternel dyadique est en général la tâche essentielle de l'adolescence. » Pour cet auteur, la résolution du complexe d'Œdipe se déroule en deux phases dont la seconde, déclin du complexe d'Œdipe négatif, « achève » l'adolescence. L'Idéal du Moi adulte représentera l'héritier de ce travail (*cf.* chap. 1, Le narcissisme) : « il est préservé comme un attribut personnel, chéri, dont les origines archaïques sont à rechercher dans l'attachement au père, dans l'idéalisation du père ou plus simplement dans le complexe négatif. » C'est en se reposant sur ce lien œdipien indirect que l'adolescent réalise l'investissement libidinal de ses nouveaux attributs identificatoires en particulier sexuels. C'est le sens qu'il

faut donner à l'expression «relation homosexuelle» au parent du même sexe : «homosexuelle» est à entendre ici comme l'investissement libidinal de l'image identitaire et sexuée, ce que d'aucuns préfèrent appeler relation isogénérique ou homomorphe. Il est bien évident que l'adolescent déplace souvent ce modèle relationnel sur ses pairs (relation aux adolescents du même sexe : l'ami) ou sur d'autres adultes idéalisés du même sexe.

Néanmoins, la place de cette relation œdipienne indirecte dans le travail d'adolescence explique l'importance de la question de l'«homosexualité». Alors que les «pratiques homosexuelles» sont relativement rares à l'adolescence, les questionnements sur l'homosexualité sont fréquents (voir chap. 7, L'homosexualité).

Ainsi comprise, la construction des identifications à l'adolescence est un processus complexe, progressif qui s'étaie sur la personne et les images intériorisées des deux parents, mais peut-être plus encore du parent du même sexe. *A contrario*, les constatations épidémiologiques montrant combien l'absence de père est pour l'adolescent garçon un facteur de risque majeur pour toute forme de déviance (*cf.* chap. 4, Épidémiologie et soin individuel, p. 89) confortent ces hypothèses psychogénétiques.

Le groupe. — La participation d'un adolescent à un groupe de congénères, son insertion dans une bande constituent des faits d'observation courante. Les relations établies entre l'adolescent et ses pairs, par-delà les implications sociologiques évidentes dont elles témoignent, jouent également un rôle de premier plan dans le processus psychique en cours. En effet, si la «bande» trouve d'abord et avant tout son origine, sa définition dans les facteurs sociologiques qui la déterminent et la conditionnent (*cf.* chap. 1, Approche sociale), le besoin pour l'adolescent d'être «en groupe» répond à des motivations intrapsychiques liées à ce processus. Nous avons précédemment évoqué le rôle du groupe et de ses membres comme relais de l'Idéal du Moi, comme intermédiaire ou médiateur des systèmes d'identification et d'identité. Le groupe peut aussi être utilisé comme lieu d'externalisation des différentes parties de l'adolescent : «grâce à la distribution des parties du self sur les membres du groupe, les besoins masturbatoires peuvent s'atténuer et les processus sociaux mis en route favorisent à travers la réalisation dans le monde réel, la diminution graduelle du clivage, le déclin de l'omnipotence et la décrue de l'angoisse de la persécution» (D. Meltzer, 1977). Pour les auteurs qui adoptent un point de vue développemental, le groupe jouerait un rôle plus important au début de l'adolescence (13-15 ans) qu'en fin d'adolescence. Au-delà de ces diverses fonctions dans le processus de l'adolescence, le groupe peut aussi avoir une fonction dans le champ psychopathologique. Ainsi Winnicott souligne que le groupe peut être utilisé par les adolescents pour «rendre réel leur propre symptomatologie en puissance» (D.W. Winnicott, 1975). Ceci explique qu'un groupe s'identifie volontiers au membre le plus malade : si dans un groupe il y a un adolescent dépressif ou délinquant, le groupe tout entier manifeste une

humeur dépressive ou est maintenant avec ce délinquant : « dans le groupe que trouve l'adolescent afin de s'y identifier ou dans les agrégats isolés qui se transforment en groupe en liaison avec la persécution, les membres extrêmes du groupe agissent pour le groupe entier. La dynamique de ce groupe, assis en rond à écouter du jazz ou participant à une beuverie, doit englober toutes sortes d'instruments de la lutte de l'adolescent : le vol, les couteaux, l'explosion et la dépression. Et si rien ne se passe, les membres commencent à se sentir individuellement peu sûrs de la réalité de leur protestation, tout en n'étant pas assez perturbés eux-mêmes pour commettre l'acte antisocial qui arrangerait les choses. Mais s'il y a dans ce groupe un, deux ou trois membres antisociaux qui veulent commettre l'acte antisocial, ceci crée une cohésion de tous les autres membres, les fait sentir réels et structure temporairement le groupe. Chaque individu sera loyal et donnera son soutien à celui qui veut agir pour le groupe, bien qu'aucun individu n'aurait approuvé ce que fait ce personnage très antisocial » (D.W. Winnicott, 1975).

On peut opposer ce processus de la bande à ce qu'on observe dans la relation avec l'ami(e). La bande suscite chez l'adolescent une régression et favorise l'usage des mécanismes archaïques, clivage, projection, etc. À l'inverse, la relation avec l'ami(e) suscite chez l'adolescent une relation spéculaire narcissique moins dispersée avec surtout l'expérience de la réciprocité des affects. L'exemple extrême en est ce « premier amour » qui s'offre à la quête narcissique et à la conquête objectale. Ainsi, ce qui est vécu à travers « le premier amour » regroupe et unifie les affects, alors que ce qui est vécu à travers « la bande » disperse et fragmente ces mêmes affects.

LE MODÈLE COGNITIF ET ÉDUCATIF

On passe souvent sous silence les changements cognitifs concomitants de la période de l'adolescence. Cependant il existe un bouleversement dans les structures cognitives, au moins aussi important que les transformations pubertaires. En effet, Piaget et Inhelder ont décrit l'apparition d'une nouvelle forme d'intelligence, l'intelligence opératoire formelle dont les structures se mettent en place vers 12-13 ans. Mais beaucoup d'autres auteurs font référence à un apprentissage au moment de l'adolescence, apprentissage centré sur les relations sociales ; cette référence à l'apprentissage social contient implicitement un rappel de l'importance du fonctionnement intellectuel. *A contrario*, les perturbations affectives et comportementales souvent très importantes que la puberté provoque chez les enfants encéphalopathes (*cf.* chap. 18, Adolescence et déficience mentale, p. 537) montrent clairement combien « l'intelligence » dans son sens le plus extensif est une donnée nécessaire pour que l'adolescent puisse assumer et intégrer les modifications corporelles, affectives et relationnelles qui s'opèrent dans et autour de lui.

Dans la théorie cognitive de Piaget, *le stade des opérations formelles* correspond au développement de la structure de « groupe combinatoire » et débute à partir de 12 ans. Après le stade opératoire concret l'accession au stade opératoire formel se caractérise par la capacité du préadolescent (entre 12 et 16 ans) à raisonner par hypothèse, d'envisager l'ensemble des cas possibles et de considérer le réel comme un simple cas particulier. La méthode expérimentale, la nécessité de démontrer les positions énoncées, la notion de probabilité, deviennent accessibles. Sur le plan pratique, la mise en place d'une possibilité de raisonnement hypothético-déductif se traduit par l'accession au groupe des opérations formelles de transformation : l'identique, la négation, la réciproque et la négation de la réciproque, c'est-à-dire la corrélative (INRC). Ainsi, à titre d'exemple, au stade concret, l'enfant comprend que 2/4 est plus grand que l/4 parce qu'il n'a à comparer que 1 et 2, mais c'est seulement au stade formel qu'il comprend l'égalité 1/3 et 2/6 parce qu'il peut établir un rapport entre la comparaison des numérateurs d'une part, et la comparaison des dénominateurs d'autre part : il peut poser ces deux proportions et le rapport entre deux rapports.

Il est essentiel de comprendre qu'avec le stade des opérations formelles, le rapport au monde change complètement : l'intelligence accède à un niveau tel qu'elle se situe au plan des relations entre le possible et le réel, mais avec une inversion de sens tout à fait remarquable car, nous dit Piaget, au lieu que « le possible se manifeste simplement sous la forme d'un prolongement du réel ou des actions exécutées sur la réalité, c'est au contraire le réel qui se subordonne au possible ». Outre cette subordination du réel au possible, trois autres caractéristiques de la pensée formelle sont à retenir (J.M. Dolle, 1974) :

– la pensée formelle porte sur des énoncés verbaux ;

– cette substitution des énoncés verbaux aux objets correspond à l'intervention d'une logique nouvelle ou logique des propositions. Cette logique des propositions permet d'accéder à un nombre infiniment plus grand d'opérations et de combinaisons de ces opérations (groupe combinatoire INRC) ;

– « elle constitue un système d'opérations à la seconde puissance », car les opérations antérieures portaient directement sur les objets tandis que les opérations formelles portent sur des propositions ou des énoncés qui sont déjà des opérations mais au premier degré.

Le déploiement de cette pensée formelle précède celui de la puberté ou en accompagne les premiers stades, ouvrant ainsi à une pensée réflexive, au caractère « récursif de la pensée » (F. Bariaud, 1997). Cette préséance de quelques mois permettrait que s'ébauchent de nouveaux modèles d'appréhension de soi et des autres, avant que ne survienne la sexualisation de la pensée (N. Catheline, 2001).

Sur le plan clinique, l'évaluation de ces opérations formelles est devenue possible avec la mise au point de l'Échelle de Pensée Logique (EPL[1] étalonnée sur un groupe de garçons et filles âgés de 9 à 16 ans. Elle couvre donc une partie du stade opératoire concret et l'ensemble du stade des opérations formelles (Formel A et Formel B). L'EPL se compose d'une série de cinq épreuves :

– une épreuve d'opérations combinatoires de type permutation ;

– une épreuve de quantification des probabilités ;

– une épreuve construite autour des facteurs qui modifient la fréquence des oscillations d'un pendule ;

– une épreuve de coordination de deux systèmes de référence distincts dans la représentation de l'espace (courbes mécaniques) ;

– une épreuve de conservation et de dissociation des notions de poids et de volume.

Les résultats permettent de situer le fonctionnement mental d'un enfant et d'un adolescent dans l'une des quatre classes : stade concret, intermédiaire, formel A et formel B.

Dans le domaine de la psychopathologie, les difficultés d'accession à la pensée formelle ont pu être tenues pour l'un des facteurs expliquant les difficultés à penser des jeunes adolescents : inhibition, évitement, apparition d'un doute plus ou moins envahissant, etc. Les difficultés scolaires sont, chez les collégiens entre 11-12 ans et 14-15 ans une des principales manifestations symptomatiques. L'accession à la pensée formelle peut provoquer une certaine « douleur à penser » (par exemple, penser la séparation peut devenir angoissant en cas d'antécédent d'angoisse de séparation dans la petite enfance) surtout si cet adolescent n'a pas investi au cours de son enfance un plaisir à penser protecteur. En effet, « le maintien du plaisir à penser constitue un apport narcissique important face au doute suscité par l'explosion des capacités cognitives » (N. Catheline, 2001). On retrouve cette douleur à penser (« ça me prend la tête », dit le jeune adolescent) dans le cas des conduites psychopathiques, en particulier avec les notions de dysgnosie, dyschronie et dyspraxie (*cf.* chap. 12, Abord psychopathologique). De même, dans le champ des relations sociales, la difficulté à accéder aux structures combinatoires peut rendre compte des difficultés relationnelles, en particulier à travers l'impossibilité d'accéder à la compréhension de la réciprocité et de la mutualité dans les échanges sociaux et/ou affectifs. Une grande partie des perturbations affectives des adolescents débiles profonds ou encéphalopathes peut être ainsi comprise. Dans d'autres cas l'adolescent peut utiliser de façon défensive ces nouvelles possibilités que lui donne la pensée formelle : de même que

1. Pour les détails, voir *Échelle de Développement de la Pensée Logique* de F. Longeot, Éditions Scientifiques et Psychologiques, Issy-les-Moulineaux.

l'enfant qui vient d'accéder au premier stade de la pensée opératoire joue souvent avec beaucoup de plaisir avec ses nouvelles facultés, de même l'adolescent voit s'ouvrir l'immense champ du possible où la pensée peut se déployer sans support concret. Le surinvestissement intellectuel de certains adolescents peut, dans certains cas, être analysé comme une tentative de préserver la toute-puissance infantile appliquée cette fois au champ idéique. A. Freud décrit ainsi « l'intellectualisation », moyen de défense psychique spécifique des adolescents (*cf.* chap. 1, Les moyens de défense). Enfin l'adolescent éprouve dans certains cas une intolérable excitation dans l'exercice de cette fonction cognitive, excitation prenant parfois une signification directement sexuelle d'où découlent un sentiment de culpabilité et une inhibition intellectuelle plus ou moins importante (*cf.* chap. 8, L'inhibition). Ceci peut s'expliquer en partie par la conjonction temporelle entre le déploiement de l'intelligence opératoire formelle d'un côté, et de la pulsion génitale de l'autre côté.

D'autres auteurs, bien qu'ils ne proposent pas, comme le font Piaget et Inhelder, un modèle spécifique des modifications cognitives à l'adolescence, prennent toutefois en considération les capacités intellectuelles de l'adolescent. L'adolescence est ainsi comprise comme une période privilégiée des « apprentissages » sociaux et culturels à un âge où l'individu n'est pas encore contraint de se conformer à un rôle rigoureusement défini, où les flottements dans ses systèmes d'identification permettent divers essais. Pour Wallon, la valeur fonctionnelle de l'adolescence est de permettre à l'individu de découvrir, puis d'élaborer son propre système de valeurs sociales (éthiques, culturelles, professionnelles, etc.) à travers la prise de conscience de soi et l'affirmation de l'identité. Ce stade permet ainsi d'atteindre à la fois le sentiment d'individualisme et d'intégration sociale, grâce précisément à l'apprentissage. En clinique, la fréquence des conduites déviantes et marginales chez les adolescents a ainsi pu être interprétée comme le résultat d'une sorte d'apprentissage par essai et erreur à une période de transition où l'identification hésitante de l'adolescent l'autorise précisément à effectuer ces diverses tentatives.

À travers les réponses de la société, l'adolescent « apprend » progressivement les limites de ses actions et des rôles qu'il adopte successivement. Bien qu'utilisant un modèle de compréhension tout à fait différent puisqu'il s'agit du modèle analytique, A. Freud n'est pas loin d'adopter un point de vue similaire lorsqu'elle évoque les multiples mécanismes de défense psychique dont se sert le moi au début de l'adolescence, comme pour « apprendre » peu à peu lesquels sont les plus efficaces afin de colmater l'angoisse. Ce point de vue est également partagé par L. Kaplan qui évoque l'intérêt à l'adolescence d'une reviviscence des désirs, des souhaits, des fantaisies issus du passé infantile : cette reviviscence permettrait une prise de conscience, une transformation et une sélection de ce passé.

UN MODÈLE POUR LE PSYCHISME

Une première façon de concevoir l'adolescence consiste à supposer qu'un facteur indépendant est la condition nécessaire et suffisante pour en décrire les caractéristiques. Chez le jeune enfant, on suppose par exemple au départ de la dépression anaclitique un événement traumatique important, la déprivation maternelle, cause plus ou moins typique et irréversible. Cette conception monocausale linéaire de la psychologie et de la psychopathologie a progressivement été abandonnée en faveur des conceptions multicausales et cela aussi bien en médecine qu'en psychologie clinique. Ainsi, faire par exemple de la puberté l'événement marquant à l'origine du processus psychique de l'adolescence s'inscrit implicitement dans cette conception monocausale linéaire. Il en serait de même si l'on privilégiait par exemple le travail identificatoire ou encore l'accessibilité cognitive aux opérations formelles.

Dans le cadre d'une conception multicausale, certains auteurs (Sameroff et Chandler, 1975) distinguent trois variantes, le modèle d'effet principal, le modèle d'interaction et le modèle transactionnel :

– selon le modèle d'effet principal, la constitution et le milieu exercent une influence sur le développement indépendamment l'un de l'autre. Par rapport au modèle de compréhension évoqué précédemment (physiologique, sociologique, psychanalytique, cognitif, éducatif) l'adolescence serait envisagée, selon cette conception, comme une étape du développement de différentes lignées qui l'influenceraient mais pourrait être considérée indépendamment ;

– le modèle d'interaction suppose qu'un processus est produit par deux ou plusieurs facteurs indépendants mais qui le produisent ensemble. Ces facteurs peuvent jouer de façon différente soit dans une relation causale en chaîne, soit dans une relation causale de sommation dans laquelle l'ordre de succession n'a pas d'importance, soit dans une relation causale substitutive en ce sens que les différents facteurs sont interchangeables. Selon cette conception, le processus d'adolescence et sa spécificité selon les sujets se constituent grâce à l'interaction des effets de la puberté, du désengagement des imagos parentales, des valeurs sociales que la culture attribue à la jeunesse, et des nouvelles capacités de développement intellectuelles ;

– le modèle transactionnel, enfin, pose que le processus est l'effet de deux ou plusieurs facteurs en interdépendance avec l'état du moment du sujet et que ces causes sont à concevoir non comme des traits constants mais comme des processus changeant en même temps que l'état du sujet se transforme. Sameroff et Chandler précisent ainsi : « De ce point de vue la réponse du sujet est considérée comme plus qu'une simple réaction à son environnement. Au lieu de cela, on le considère comme activement engagé dans les tentatives d'organiser et de structurer son monde. » Cette conception transactionnelle permet de tenir compte de la signification personnelle d'un

événement qui est compris en fonction d'une situation historique et élaboré par le sujet, ce qui modifie la signification et la fonction d'événements passés. Ce modèle transactionnel est celui qui tient le mieux compte de la complexité et du caractère interdépendant des phénomènes psychiques, en particulier aux périodes de la vie pour lesquelles les facteurs de changement sont les plus actifs. Ce modèle reconnaît au processus d'adolescence sa spécificité et son étroite interdépendance avec les étapes antérieures de l'enfance. La théorie freudienne de « l'après-coup » dans laquelle un événement de l'adolescence ne peut être compris et ne prendre sens qu'en fonction de la signification d'événements passés, prend ici toute sa place.

Ce modèle transactionnel permet d'observer et de comprendre les caractéristiques spécifiques du processus d'adolescence, de même que les émergences pathologiques qui l'altèrent. Ce modèle transactionnel qui rend pour nous le mieux compte de la dynamique du vivant, permet de plus de comprendre combien, au cours même du déroulement de l'adolescence, ce qui se joue en fin d'adolescence ne peut être appréhendé, conçu et élaboré qu'en fonction de ce qui s'est joué au début de ce processus. Un exemple psychopathologique caractéristique de ce dernier point est maintenant mieux connu en ce qui concerne les expressions manifestes des décompensations psychotiques et en particulier des classiques modes d'entrée dans la schizophrénie survenant plutôt en fin d'adolescence dans lesquels on retrouve très fréquemment, au moment de l'entrée dans l'adolescence, des « décrochages » scolaires ou relationnels qui n'avaient pas alors pris une forme suffisamment explicite et dramatique pour être considérés comme un trouble patent mais qui n'en étaient pas moins l'annonce déjà repérable.

BIBLIOGRAPHIE

BLOS P. : *Les adolescents, essais de psychanalyse*. Trad. par P. TRUFFERT et F. GANTHERET, Stock, Paris, 1967.

BRACONNIER A. : l'adolescent aujourd'hui. Eres, Paris, 2005.

KESTEMBERG E. : L'identité et l'identification chez les adolescents. *Psychiat. Enf.*, 1962, *5*, 2, 441-522.

LAUFER M. : *Troubles psychiques chez les adolescents*. Trad. par M. WALDBLERG, Le Centurion, Paris, 1975, 1 vol.

MÂLE P. : *La crise juvénile*. Payot, Paris, 1982.

ALBERONI F. : La jeunesse face au défi libertaire. *In : La jeunesse dans les années 80*. Les presses de l'Unesco, 1981, 311-322.

ARIES P. : Le rôle de la mère et de l'enfant dans la famille moderne. *Les carnets de l'enfance*, 1969, *10*, 36-46.

BARIAUD F. : Le développement des conceptions de soi. *In : Regards actuels sur l'adolescence*. PUF, Paris, 1997, 1 vol.

BLOS P. : *The adolescent passage*. Int. University Press Inc., New York, 1979.

BLOS P. : Fils de son père. *Adolescence*, 1985, *3*, 1, 21-42.

BLOS P. : L'insoumission au père ou l'effort pour être masculin. *Adolescence*, 1988, *6*, 1, 19-31.

BRUNER J.S. : *Savoir faire*, *savoir dire*. PUF, Paris, 1983, 1 vol.

BRUSSET B. : La démarche diagnostique dans la pathologie de l'adolescence. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, *26*, 10-11, 559-567.

BURGUIERE A. : Les 15-20 ans jugent la France. *Le Nouvel Observateur*, 25-31 mars 1983.

CATHELINE N. : Quand penser devient douloureux. Intérêt du travail thérapeutique de groupe en institution avec médiateur dans la pathologie du jeune adolescent. *Psy Enf.,* 2001, 64, 1, 169-210.

DOLLE J.M. : *Pour comprendre Jean Piaget*. Privat, Toulouse, 1974, 1 vol.

ERIKSON E.H. : *Adolescence et crise*. Trad. par J. NASS et C. LOUIS-COMBET, Flammarion, Paris, 1972.

FREUD S. : *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Trad. par B. REVERCHON-JOUVE, Gallimard, Paris, 1962.

FREUD A. : Adolescence. *Psychoanal. Study Child*, 1958, *13*, 255-278.

GEDANCE L., LADAME F.G., SNAKKERS J. : La dépression chez l'adolescent. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1977, *41*, 1-2, 257-259.

GUTTON Ph. : *Le pubertaire*. PUF, Paris, 1991.

HAIM A. : *Les suicides d'adolescents*. Payot, Paris, 1970.

JACOBSON E. : *Le Soi et le monde objectal*. 3e partie : « La puberté et l'adolescence ». Trad. par A.M. BESNIER, PUF, Paris, 1964.

KAPLAN L.J. : *Adolescence* : *The farewell to childhood*. Simon and Schuster, New York, 1984, 1 Vol., 400 p.

LA JEUNESSE DANS LES ANNÉES 80. *Les revues de l'Unesco*, 1981.

LAUFER M. : L'idéal du Moi et le pseudo-idéal du Moi à l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, *44*, 3-4, 591-616.

LEBOVICI S. : *Les modes d'adaptation des adolescents. L'abord psychiatrique de l'adolescent* (G. CAPLAN et S. LEBOVICI Éd.). 6th Intern. Congress of Internat. Association for Child Psychiatry. Int. Congress Series, p. 108, Excerpta Medica, 1966.

MARCELLI D. : Quelques hypothèses sur les processus d'imitation précoce et d'identification secondaire entre le fils et le père. *Adolescence*, 1989, *7*, 2, 35-52.

MASTERSON J.F. : *The psychiatric dilemma of adolescence*. Little Brown Co., Boston, 1967.

MAUGER G. : Marginalité « intellectuelle » et marginalité « populaire ». *Autrement*, 1975, *1*, 82-89.

MEAD M. : *Le fossé des générations*. Denoël, Paris, 1972.

MELTZER D. : *Les structures sexuelles de la vie psychique*. Trad. par J. et F. BEGOIN, Payot, Paris, 1977.

PIAGET J., INHELDER B. : *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. PUF, Paris, 1955, 1 vol.

ROUSSEAU J., ISRAEL P. : Jalons pour une étude métapsychologique de l'adolescence. *L'inconscient*, 1968, *6*, 105-115.

SAMEROFF A. et CHANDLER M. : Reproductive risk and the continuum of care taking casualty. *Review of Child Development*, 1975, *4*, 87-244.

TERRIER C., TERRIER G. : L'adolescence : un processus. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, *44*, 3-4, 581-590.

WINNICOTT D.W. : *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Trad. par G. MONOD et J.B. PONTALIS, Gallimard, Paris, 1975.

ZAZZO B. : *Psychologie différentielle de l'adolescence*. PUF, Paris, 1972.

De nombreuses références bibliographiques peuvent être consultées dans trois revues :

– *Adolescence :* deux numéros par an. Publié par GREUPP, 13, rue Santeuil, 75231 Paris Cedex 05.

– *Adolescent Psychiatry :* un numéro par an. Publié par The University of Chicago Press, Chicago, 60637, USA.

– *Journal of Adolescence :* quatre numéros par an. Publié par *Academic Press Inc.* (London). 24-28 Oval Road, London, NW1 7XD, Angleterre.

2 L'ADOLESCENCE : REGROUPEMENTS CONCEPTUELS

Dans le chapitre précédent, nous avons décrit plusieurs axes autour desquels le remaniement psychique, propre à l'adolescence, semble s'organiser : surcroît pulsionnel, modification corporelle, travail de deuil, réaménagement défensif, réélaboration narcissique, système d'idéalisation, quête identificatoire, adhésion au groupe**,** accession à une nouvelle forme de pensée. De nombreux auteurs, dans une tentative de saisir l'ensemble de ces modifications à travers un unique processus ont proposé une conceptualisation plus globalisante de l'adolescence. Selon nous on peut, de façon certes un peu schématique, répartir ces conceptualisations en deux grandes tendances :

– d'un côté, les tenants d'une qualité émergente structurale spécifique à l'adolescence dont le modèle est celui de la « crise d'adolescence » avec les implications pratiques et théoriques que sous-tend la notion de « crise ». Pour les auteurs et théoriciens qui s'inscrivent de façon prévalente dans ce modéle, le fonctionnement psychique et plus encore les expressions psychopathologiques observées à cet âge sont sous l'étroite dépendance des remaniements psychiques liés à l'émergence pubertaire ;

– d'un autre côté, les tenants d'un point de vue à dominante développementale où, dans une perspective essentiellement ontogénétique, l'adolescence est théorisée soit comme « un second processus de séparation-individuation », soit comme une étape fondamentale dans le processus de subjectivation. Pour ceux qui s'inscrivent dans ce courant de pensée, la psychopathologie de l'adolescence se conçoit plus fortement comme le révélateur des défaillances, des problématiques restées en suspens dans l'enfance et la petite enfance.

REGROUPEMENT À DOMINANTE STRUCTURALE

Nous retrouvons ici ceux qui ont accordé à l'adolescence une spécificité majeure par rapport à l'enfance. Les concepts de « crise », de « pubertaire » et « d'aménagement de la dépendance » représentent les principaux éclairages conceptuels de ce courant.

LE CONCEPT DE CRISE

Par son étymologie grecque, le mot « crise » appartient d'abord au vocabulaire juridique : il désigne le moment de la sentence. Rapidement la médecine s'empare du terme : l'histoire de la pensée médicale pourrait être partiellement retracée à partir de la diversité du sens donné au concept de crise (A. Bolzinger et coll., 1970).

Pour la médecine des humeurs, la crise est la condition et pour ainsi dire la cause de la résolution morbide (la fièvre et les phénomènes critiques viennent chasser la maladie). Par définition, la crise est salutaire. Nous ne sommes pas éloignés de la conception actuelle qui soutient qu'au cours de toute adolescence normale des phénomènes critiques doivent se manifester.

Pour la médecine des réactions pathologiques, à laquelle viendra s'emboîter avec Broussais la médecine des agents pathogènes, la crise perd sa fonction salvatrice. Les phénomènes critiques désignent le processus pathologique dans sa croissance et son acmé, sans préjuger de la guérison. Le symptôme critique n'est pas toujours un bon symptôme qu'il faut respecter. Nous sommes passés de la « crise guérison » à la « crise maladie ».

Pour les tenants d'une conception systémique, la crise n'est pas nécessairement évolutive. Elle se définit comme une perturbation temporaire des mécanismes de régulation d'un système, d'un individu ou même d'un ensemble d'individus. Cette perturbation provient de causes externes ou internes (R. Thom, 1976). Le rapport entre la notion de crise et celle du creuset pathologique ne se pose plus en terme d'alternative. Une crise peut devenir ou non le creuset du pathologique. Cette dernière définition s'applique aussi bien au champ sociologique qu'au champ psychologique.

À propos de l'adolescence, nous ne sortirons pas de cette dialectique du concept de crise. Pour les tenants de la conception salvatrice, cette crise d'adolescence sera maturante. Son absence sera pathologique : « il n'y aura pas de crise d'adolescence à proprement parler, de réorganisation spécifique vécue comme telle par le sujet à ce moment-là. Si cette absence d'aspect critique va au-delà des apparences, elle ne peut être que de mauvais augure

quant au remaniement ultérieur de l'appareil psychique, et d'assez mauvais aloi quant à l'organisation qui l'aura précédé » (E. Kestemberg, 1980).

Dans le champ psychopathologique nous proposerons la définition suivante de la crise : « la crise est un moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet. Son évolution est ouverte, variable ; elle dépend tout autant de facteurs internes qu'externes. »

On peut opposer la notion de crise aux notions de :

– conflit : il se définit uniquement comme la lutte entre deux positions antagonistes, mais sans limite temporelle définie ;

– stress : il évoque l'activation des mécanismes régulateurs en réponse à un stimulus pathogène ;

– catastrophe : elle ne peut empêcher d'induire l'idée d'une issue malheureuse ;

– urgence : elle introduit la notion d'une réponse immédiate.

Il est évident que dans le terme de crise, les notions précédentes sont présentes à des degrés divers. La délimitation du concept de crise et la définition que nous en avons donnée expliquent aisément son utilisation pour la période de l'adolescence.

ADOLESCENTS EN CRISE OU SOCIÉTÉ EN CRISE

Qui est en crise : les adolescents ou la société? Telle est la question qui résume les liens existant entre crise d'adolescence et crise de la société (B. Brusset, 1975).

La crise traversée par les adolescents serait liée à un changement historique, à une nouvelle culture, à de nouvelles pratiques sociales, à une modification des rôles parentaux. Cette hypothèse s'appuie sur des constatations générales telles que : « les parents se résignent à voir leurs enfants devenir des inconnus pour un monde inconnu », ou encore la notion de crise des valeurs, crise du monde occidental, etc.

La crise de la civilisation, idée retenue par de nombreux sociologues contemporains, donne lieu à des élaborations qui imputent les difficultés des adolescents, leurs manifestations critiques au fait que la société est malade. Mais l'esprit trop général de cette analyse lui fait perdre toute valeur explicative. Comme le souligne J. de Ajuriaguerra, « si crise il y a, elle n'est pas nécessairement équivalente suivant les structures sociales, ni tout à fait identique dans une même structure » (J. de Ajuriaguerra, 1970).

Selon B. Brusset, on peut décrire une convergence remarquable entre l'état de la civilisation postérieure à la phase d'industrialisation et celui de l'adolescence postérieure à l'enfance : détrônement de la raison, perte des illusions, remise en question du recours aux parents idéalisés (Surnaturel,

Valeurs Idéales, Dieu, l'Homme, l'Histoire, etc.). En d'autres termes, notre société serait en période d'adolescence. On explique ainsi les analogies établies entre le thème de l'adolescence et celui de la mutation sociale : la notion de crise représente l'une de ces analogies.

L'idée à retenir de ce rapprochement est l'association entre la notion de crise d'un côté et les facteurs de croissance de la société et de l'individu de l'autre.

En fait, B. Brusset ne s'interroge pas sur la validité de ce rapprochement, mais avance l'idée que « la représentation de l'adolescence et sa valorisation actuelle ou du moins de certains de ses aspects, ont pour fonction de donner une image rassurante des changements dans la société en en faisant un changement de la société (c'est-à-dire une crise d'adolescence de la civilisation), pour maintenir l'espoir utopique (?) d'un progrès historique vers plus de perfection, de cohérence, de sérénité et d'équilibre ».

CRISES À L'ADOLESCENCE ET CRISE DE DÉVELOPPEMENT

En psychopathologie, le danger du concept de crise d'adolescence nous paraît résider surtout dans la confusion existant entre les modèles de compréhension souvent différents, voire divergents, auxquels se réfère chaque description. Afin de tenter une clarification, nous regrouperons les différents auteurs ayant abordé le concept de crise d'adolescence selon quatre grands modèles de compréhension :

– un modèle de compréhension où domine l'apport de la psychologie de l'enfant mais profondément imprégné d'un système d'éthique philosophique : M. Debesse (1936) décrit la « crise d'originalité juvénile » ;

– Pierre Mâle (1982) parle de la « crise juvénile » à l'adolescence avec la volonté d'apporter une description clinique cohérente appuyée sur une compréhension analytique destinée à l'action psychothérapique ;

– le psychanalyste américain Erik H. Erikson (1968), en insistant sur la quête de l'identité de la jeunesse contemporaine, ouvre la voie à une compréhension psychosociale de la crise d'adolescence destinée aux équipes pluridisciplinaires ;

– enfin, de nombreux psychanalystes utilisent le terme de crise d'adolescence dans ses modalités dynamiques et évolutives.

Tous ces auteurs assimilent évidemment cette crise à une phase particulière du développement de la personnalité.

La crise d'originalité juvénile

Inspiré par les travaux antérieurs de Stanley Hall (Stanley Hall, 1935) et de Mendousse (P. Mendousse, 1909), le pédagogue et psychologue

M. Debesse décrit la crise d'originalité juvénile (M. Debesse, 1936). Ses fonctions de professeur à l'École Normale lui fournissent des observations auprès de ses jeunes élèves, futurs enseignants. Une enquête menée dans d'autres établissements scolaires équivalents recoupe, selon l'auteur, ses observations personnelles.

Le désir d'originalité. — Le désir d'originalité de l'adolescence se retrouve dans de nombreuses œuvres littéraires. Il est le fait d'observations quotidiennes de la part des éducateurs, des parents, et des adolescents eux-mêmes. Une horreur de la banalité, une propension à faire de soi quelqu'un d'exceptionnel, d'unique, le caractérise. Il s'agit non seulement d'un jugement porté par l'adulte sur des gestes ou des actes inattendus et inhabituels de l'adolescent, mais aussi du sentiment qu'a le sujet lui-même de sa propre singularité. Ce désir d'originalité, sous sa forme caractéristique, est contemporain de la puberté. Il débute aux environs de 14 ans pour la fille et 15 ans pour le garçon. Certes l'enfant peut manifester un tel désir, mais sans en prendre suffisamment conscience ou sans qu'il soit assez intense pour attirer l'attention de l'adulte. Il constitue un des premiers éléments de la « puberté mentale » qui accompagne les transformations d'ordre physiologique.

La crise d'originalité. — La crise d'originalité désigne la forme la plus visible et la plus complète du désir d'originalité. Cette crise d'originalité n'est pas permanente, elle présente des fluctuations. Son début est très souvent rattaché à un événement tel que l'éloignement, la mort d'un être aimé, un brusque changement dans l'existence, un chagrin d'amour, une ambition déçue, etc. À l'occasion d'une déception plus ou moins douloureuse, cette crise éclate soudainement et avec violence. Elle présente deux faces : une face individuelle, une face sociale :

La face individuelle se caractérise par l'affirmation de soi avec exaltation, une contemplation et une découverte du moi comparable, pour M. Debesse, à la découverte du corps chez le bébé. Elle peut se traduire par un goût de la solitude, du secret, par des excentricités vestimentaires, comportementales, langagières ou épistolaires. La pensée est avide d'inédit et de singulier. La passion de réformer, de moraliser ou de bouleverser le monde est intense. Plusieurs degrés se retrouvent, allant du simple désir d'originalité à la certitude d'être original en passant par la croyance d'être original.

La face sociale se manifeste par la révolte juvénile : révolte à l'égard des adultes, des systèmes de valeurs et des idées reçues. Les adolescents adressent deux griefs principaux à l'égard des adultes : leur manque de compréhension et le fait qu'ils attentent à leur indépendance. En fait, il s'agit d'une révolte vis-à-vis de tout ce qui peut gêner cette affirmation de soi.

M. Debesse décrit trois phases :

1) Une première phase, de 14 à 16 ans, caractérisée par le besoin d'étonner.

2) Une deuxième phase, de 16 à 17 ans, au cours de laquelle l'affirmation de soi est intense.

3) Enfin, une phase de dénouement à partir de 18 ans durant laquelle le sujet se détend. Il peut prendre du recul, porter un jugement plus nuancé sur lui-même. Il commence à parler de lui volontiers à des personnes étrangères, il ne répugne plus à se comparer aux autres, et par là même cesse de se considérer comme un tout mystérieux et sacré. Il s'apprécie avec une certaine tranquillité.

Cette crise d'originalité est commune aux deux sexes, mais peut évidemment prendre des formes d'expression différentes selon le sexe. De même, si elle est fréquente, elle n'est pas absolument générale.

D'un point de vue structurel, « l'attention au corps, l'attention au milieu et l'attention à la pensée », sont trois séries de causes déterminant un travail mental qui est l'élément structural de la crise. Ce travail aboutit à l'affirmation consciente du moi. Cette crise d'originalité juvénile favorise pour M. Debesse la construction de la personnalité juvénile. Elle représente un potentiel constructif : elle doit être distinguée des différents processus psychopathologiques propres à l'adolescent, même si on y retrouve parfois certains des éléments précédents. Selon cet auteur, la crise d'originalité ne varie pas selon les époques ou les cultures car elle a pour origine la prise de conscience du moi, par l'intermédiaire du développement de la vie intérieure, du sentiment du différent et de l'unique. En revanche, une époque ou une culture peut favoriser ou entraver le développement de cette originalité. De même la révolte, versant social de cette crise, n'aura pas la même allure ni le même retentissement si elle se développe dans un milieu informé de son existence et de ses particularités ou dans un milieu qui en est ignorant.

La reconnaissance de la crise d'originalité juvénile permet ainsi de comprendre et de respecter les modes et les idéaux des adolescents, de prendre ces derniers au sérieux et de proposer ce que M. Debesse appelle une pédagogie de la crise : pédagogie d'accompagnement adaptée à chaque sujet, pédagogie qui évite certaines erreurs liées à l'ignorance du déroulement de cette crise.

Évidemment, la description de cette crise d'originalité proposée par M. Debesse soulève un certain nombre de critiques : problème de l'échantillon, problème de l'origine sociale et intellectuelle des sujets examinés : M. Debesse reconnaît ce biais en déclarant que cette crise survient plus spécifiquement chez les adolescents qui manifestent une richesse de la vie intérieure ou de la vie sentimentale, une certaine excitabilité spontanée et un développement intellectuel souvent brusque (*cf.* ci-dessus).

La crise juvénile (P. Mâle)

À partir de son expérience de psychothérapeute, P. Mâle décrit un tableau spécifique : la crise juvénile (P. Mâle, 1982). L'objectif pour cet auteur est de mieux cerner le champ de la psychothérapie, ses indications, ses modalités techniques. Pour cela, sans nier les difficultés inhérentes à une telle démarche, l'intérêt porte sur la reconnaissance des forces, les mouvements d'intérêts, les conflits et les manifestations que présentent les adolescents. Dans un second temps l'auteur les regroupe par tableaux différenciés : ainsi la crise juvénile sévère sera distinguée des aspects névrotiques et psychotiques parfois redoutables pour l'avenir.

P. Mâle considère la crise juvénile simple comme une phase extrêmement féconde caractérisée par un remaniement spontané de l'individu, par une véritable mutation. Cette phase adaptative connaîtra souvent une évolution difficile, longue et perturbée, mais fera émerger le sujet du monde protégé de l'enfance. L'auteur distingue la crise pubertaire et la crise juvénile proprement dite.

La crise pubertaire. — La phase pubertaire marque le début de la crise juvénile. De trame inégale, elle apparaît dans les deux sexes, débutant vers 10-11 ans et se terminant vers 15-16 ans. Chez la fille l'apparition des règles signale apparemment un début franc ; chez le garçon le début est plus difficile à préciser. Mais l'inégalité dans les dates d'apparition de la puberté pose aussi un problème à dimensions socioculturelles.

Deux points essentiels caractérisent cette crise :

– le doute sur l'authenticité de soi et de son corps. L'adolescent hésite à assumer son corps au point d'avoir constamment un doute et un besoin de réassurance. La crainte d'être observé, les longues stations devant le miroir en sont les expressions les plus manifestes ;

– l'entrée en jeu de la tension génitale ou de la masturbation. Les premières « pollutions », l'évolution vers la sexualité adulte sont difficiles à assumer, source de culpabilité. Les premières expériences autoérotiques ou les premières relations sexuelles suscitent parfois des inhibitions considérables.

P. Mâle rappelle les travaux d'Anna Freud pour qui l'ascétisme et l'intellectualisation représentent des défenses parfois rigides contre le danger que représente l'intrusion génitale à l'adolescence (*cf.* chap. 1, Les moyens de défense).

Les dysharmonies de l'évolution pubertaire. — De la crise pubertaire simple telle qu'elle vient d'être décrite, doivent être distinguées les dysharmonies d'évolution pubertaire : une première dysharmonie est marquée par

l'écart entre un corps encore infantile et des moyens d'expressions génitales presque matures. En second lieu, la dysharmonie paraît provenir du contraste entre une activité pulsionnelle commandée par la génitalité et de l'autre côté des mécanismes psychiques de défense encore pris dans les structures infantiles. Il y a là un véritable asynchronisme. Il s'agit d'adolescents pour lesquels le développement somato-endocrinien est soit très précoce, soit retardé. Pour ceux-là, les aspects psychologiques caractérisant le processus de l'adolescence apparaissent de façon décalée par rapport au développement physiologique qui est donc soit en retard, soit en avance. La violence de l'instinct se manifestera par ce que P. Mâle appelle les « pulsions latérales », c'est-à-dire des activités agressives, compensatrices de la sexualité bloquée : simple attitude caractérielle ou parfois prenant l'aspect de fugue ou de délinquance. La sphère cognitive peut être elle-même envahie par ce mouvement de dénégation ou de refus sexuel, ce qui est source de troubles scolaires survenant en particulier entre 12 et 14 ans.

La crise juvénile proprement dite. — Elle suit la période de crise pubertaire. Sa durée est très variable, pouvant aller jusqu'à 25 ans et plus. Elle s'exprime par une série d'attitudes et de comportements, mais aussi par la survenue possible de troubles variés. La problématique corporelle est souvent cachée par l'adolescent en même temps qu'il est en proie à une exaltation ou une annulation paradoxale de sa vie amoureuse ou passionnelle. Les caractéristiques suivantes semblent plus spécifiques et d'apparition généralement rapide : l'extension des intérêts, l'émancipation de la pensée, le goût de l'abstraction et de la rationalisation, l'originalité ou la bizarrerie, des attitudes d'isolement, une opposition souvent bruyante au milieu familial. Nous retrouvons ici les principaux traits de la crise d'originalité juvénile. Mais, pour P. Mâle, il s'y associe une série de troubles caractéristiques : refus scolaire malgré une intelligence normale, échec systématique des examens, alternance de comportements agressifs et masochistes, difficultés d'exprimer quoi que ce soit des aspects conflictuels et « critiques ».

Cette nouvelle individualisation est vécue sous la double contrainte des tendances infantiles persistantes et des tendances adultes débutantes. P. Mâle distingue les crises juvéniles simples des crises sévères aux confins des névroses et de la morosité.

Les crises juvéniles simples. — Dans les crises juvéniles simples, l'acceptation de l'image de soi est assez facile, les réactions de l'adolescent sont liées à des motivations vivantes et chargées d'angoisse. En consultation, le médecin ou le psychologue apparaît réel, solide dans l'esprit de l'adolescent. Enfin, si les attitudes d'échec sont observables, elles sont réversibles et l'intelligence reste disponible.

Les crises juvéniles sévères. — Au contraire, dans les crises juvéniles sévères, l'acceptation de l'image de soi est difficile. Les réactions de l'adolescent apparaissent liées à des attitudes anciennes, prenant la forme de véritable automatisme. En consultation, le praticien semble flottant, incertain, décevant aux yeux de l'adolescent. Aux confins ou inclus dans ces crises sévères, trois tableaux caractéristiques sont décrits :

– la névrose d'inhibition, avec des inhibitions multiples, une difficulté à s'exprimer, une crainte de la personne du sexe opposé, une inhibition intellectuelle et sociale avec souvent des traits phobo-obsessionnels ;

– la névrose d'échec avec des comportements et des conduites qui se retournent contre l'individu : échec scolaire, échec sentimental, acting, expression brutale d'interdits surgissant de l'inconscient, refusant le succès que semble souhaiter le conscient. La pensée devient perturbée, labile, instable, investie par des problèmes névrotiques ;

– la morosité, qui n'est ni la dépression ni la psychose, mais un état proche de l'ennui infantile : « je ne sais pas quoi faire, à quoi m'intéresser, à quoi jouer, etc. » C'est un état qui manifeste un refus d'investir le monde, les objets, les êtres plutôt qu'une perturbation thymique véritable. L'important est que « cet état morose paraît la cause prépondérante et dominante du passage à l'acte sous trois formes principales : fugue ou délinquance, drogue, suicide ».

Évidemment, un nombre important de réactions de ce type ne relève pas de cette morosité, mais de l'incapacité de supporter le recommencement de la vie quotidienne. Le besoin insatiable de changement, de nouveautés, de prise de distance vis-à-vis de l'enclos familial, caractéristiques de ce cadre, favorisent ici le passage à l'acte. L'expression pulsionnelle par les réalisations érotiques ou par les fantasmes, ne peut être ni vécue directement, ni sublimée. Si la vie se déroule, elle est vécue sans discrimination, en expériences successives, n'attachant d'importance ni à l'objet, ni à la fonction. Au cours de cette crise morose, l'adolescent ne se représente pas le temps. Selon P. Mâle, tout ceci est compatible avec un très bon niveau intellectuel, avec une bonne verbalisation qui constituent une sorte d'écran trompeur pour le clinicien s'il n'approfondit pas ces problèmes.

Ces crises sévères doivent cependant être distinguées :

1) du déséquilibre psychique où l'adolescent perturbé donne l'impression d'être comme enfermé dans son comportement ;

2) des aspects dissociatifs où l'image de soi n'est plus acceptée du tout, et où, en plus, on observe parfois une division de la personnalité avec des bizarreries sortant du cadre de la simple originalité.

Pour l'abord psychothérapique de la crise juvénile, le psychothérapeute accepte une série d'attitudes faites de réassurance, de synthèse, d'anticipation, de compréhension directe, en un mot propose « une expérience émotionnelle correctrice ». Le psychothérapeute doit toujours laisser disponi-

bles plusieurs possibilités identificatoires afin de s'appuyer sur la force nouvelle que représente l'autonomie croissante portée par la crise pour dégager le sujet de ses positions régressives et infantiles. Ces attitudes thérapeutiques vont permettre aux formes sévères de la crise de voir leur potentiel destructeur s'atténuer, évitant ainsi à l'adolescent de basculer dans les tableaux psychopathologiques fixés, tels qu'une dépression, un déséquilibre, ou une psychose débutante. Évidemment, l'attitude du milieu familial à l'égard de ces différentes formes de crise et de leurs composantes, détermine pour une part non négligeable son déroulement.

Identité, jeunesse et crise (E.H. Erikson)

Bien que psychanalyste, Erik H. Erikson appréhende la crise de l'adolescence sous son aspect psychosocial. L'originalité de son approche réside surtout dans l'intérêt qu'il porte au concept d'identité. « Identité et Crise d'Identité » sont devenues dans l'usage courant et même scientifique des termes qui circonscrivent tantôt des éléments très généraux (exemple : la Crise de l'Identité de l'Afrique), tantôt des repères très spécifiques à une discipline (exemple : l'Identité du Phonème). Il importe de cerner le concept d'Identité et celui de Crise d'Identité au niveau clinique. Comme il est habituel dans l'histoire de la psychanalyse, E.H. Erikson n'a proposé une description et une compréhension de la crise normative à l'adolescence, puis au début de l'âge adulte, qu'après avoir repéré son équivalent pathologique : la confusion d'identité, ou la perte de l'identité du moi (E.H. Erikson, 1968).

La confusion d'identité. — Sous ce terme, E.H. Erikson décrit divers troubles observés chez des jeunes « incapables d'embrasser les carrières offertes par leur société et de créer ou de maintenir pour eux-mêmes un moratoire spécifique et personnel ». Les signes d'une confusion d'identité aiguë apparaissent au moment où l'adolescent se trouve confronté à une série d'expériences qui exigent un choix et un engagement : choix d'une personne avec laquelle partager intimité physique et affective, choix professionnel décisif, engagement dans une compétition énergique, choix d'une définition psychosociale de soi-même. Selon l'enfance de l'individu, la tension ainsi créée est source ou non de troubles en raison du mouvement régressif de la crise, et selon l'histoire de la culture dans laquelle il vit (par exemple : une civilisation qui fournit aux jeunes une perspective temporelle convaincante et compatible avec une image d'un monde cohérent atténue notablement cette tension). La première caractéristique en est l'incapacité à s'engager de façon authentique avec d'autres, à établir une intimité plaisante, qu'il s'agisse d'amitié, de flirt et d'amour, à investir la compétition. L'adolescent recherche alors cette intimité avec les parte-

naires les plus invraisemblables ou s'isole totalement. Son sentiment de continuité, d'identité intérieure se désintègre et s'accompagne d'un sentiment de honte universelle, d'une incapacité à éprouver une sensation d'accomplissement à travers une activité.

Une autre attitude est le désintérêt pour le temps comme dimension de la vie. Le sujet peut à la fois se sentir très jeune et vieux au-delà de toute possibilité de rajeunissement. À ce désintérêt s'associe parfois un véritable désir de mourir ou une aspiration du moi à se laisser mourir, allant jusqu'à des gestes suicidaires. Une incapacité à se concentrer sur diverses tâches, une désorganisation du sens du travail s'observent aussi.

Enfin, ce tableau se complète par le choix d'une « identité négative », c'est-à-dire « une identité perversement établie sur toutes les identifications et les rôles qui, aux stades critiques antérieurs du développement, avaient été présentés comme indésirables ou dangereux ». Cette identité négative s'exprime souvent par une hostilité méprisante et prétentieuse à l'égard des rôles que la famille et l'entourage recommandent. Elle représente naturellement une tentative désespérée pour maîtriser une situation dans laquelle les sentiments disponibles d'identité positive s'annulent les uns les autres.

Un état de désespoir, des épisodes de délinquance ou des manifestations frôlant la psychose, peuvent constituer des conduites symptomatiques de cette confusion d'identité. Devant ces manifestations symptomatiques l'intérêt de reconnaître un tableau de confusion d'identité, est de ne pas leur attribuer la même fatale signification que celle qu'elles pourraient avoir à d'autres âges de la vie ou dans un autre contexte.

La crise d'identité. — La confusion d'identité ne représente en fait que l'aliénation, l'aggravation pathologique, la prolongation exagérée d'une crise qui appartient à ce stade particulier du développement individuel que sont l'adolescence et le début de l'âge adulte. E.H. Erikson appelle cette période la crise d'identité.

Pour Erikson, celle-ci est inévitable à une période de la vie où les proportions corporelles changent radicalement, où la puberté génitale submerge le corps et l'imagination avec toutes sortes d'impulsions, où l'intimité avec l'autre sexe approche et est, à l'occasion, imposée de force au jeune individu, et où l'avenir immédiat confronte l'adolescent avec nombre de possibilités et de choix conflictuels. Cette crise d'identité est liée à la quête d'un sentiment nouveau de continuité et d'unité vécue qui doit inclure désormais la maturité sexuelle. Mais cette « identité finale » ne peut s'installer qu'après s'être une fois encore confrontée aux multiples crises de développement des premières années. Cependant, le contexte est différent de celui de l'enfance. C'est la société qui donne ses limites et ses exigences, et non plus la famille. Nous retrouvons ici le souci d'approche interdisciplinaire du phénomène cher à Erikson.

Les manifestations de cette crise d'identité à l'adolescence vont donc dépendre du déroulement des crises d'identité antérieures :

– si le tout premier stade du développement a légué à la crise d'identité un important besoin de confiance en soi et dans les autres, l'adolescent redoutera un engagement à la légère ou fera preuve d'une méfiance excessive. Il recherchera avec ferveur des hommes et des idées auxquels il puisse accorder sa foi ;

– si le second stade caractérisé par le combat pour l'autonomie a été prévalent, l'adolescent sera effrayé par toute contrainte : cela le conduira au comportement paradoxal de faire n'importe quoi, à la seule condition que ce soit de son libre choix ;

– l'héritage de l'âge ludique dominé par l'imagination illimitée quant à ce que l'on pourrait devenir, fournira un champ d'action imaginaire, sinon illusoire à bon nombre d'adolescents. Ils supporteront très difficilement toute limitation à l'éventail imaginaire de leurs propres images de soi, et feront preuve d'ambitions démesurées, parfois fortement culpabilisées ;

– enfin l'âge scolaire (à partir de 6 ans) amène l'enfant au désir de faire fonctionner quelque chose et de le faire fonctionner comme il faut. Les adolescents très concernés par cet âge, chercheront leurs satisfactions et leurs identités dans une activité ou une profession où toutes les questions matérielles de statut, de rémunération passeront au second plan par rapport à la valeur de cette activité ou de cette profession.

Cette crise d'identité, sous ses différentes formes, débouchera sur la formation d'une identité variable selon les individus, mais dont la caractéristique générale sera pour Erikson la capacité d'une prise de distance, c'est-à-dire la délimitation d'un territoire d'intimité propre, mais aussi de solidarité avec autrui. Au cours de cette crise : « l'identité doit être recherchée. L'identité n'est pas donnée à l'individu par la société, ni n'apparaît comme un phénomène de maturation, comme les poils pubiens. Elle doit être acquise à travers des efforts individuels intenses. C'est une tâche d'autant plus difficile qu'au moment de l'adolescence, le passé est en train de s'effacer avec la perte de l'ancrage dans la famille et la tradition, le présent se caractérisera par les changements sociaux, et l'avenir est devenu moins prévisible. »

Avec la crise d'identité et la confusion d'identité, Erikson introduit des concepts et des repères parfois difficiles à cerner. Pour le comprendre il est nécessaire de resituer son objectif : la réflexion d'une équipe interdisciplinaire sur l'évaluation d'un problème social par une approche qui repose sur une méthodologie clinique et psychanalytique.

La crise de l'adolescence : approche freudienne

Un certain nombre d'analystes ont proposé une réflexion à travers un modèle surtout dynamique et économique sur le concept de crise d'adoles-

cence. Qu'il s'agisse d'Anna Freud, de Moses Laufer, d'Évelyne Kestemberg, ou de bien d'autres, l'idée centrale est que la crise d'adolescence renvoie à ce que H. Nagera appelle un « conflit de développement » (*cf. Enfance et psychopathologie*). Ce conflit de développement est éprouvé par tous les adolescents à un degré plus ou moins grand. L'adolescence ainsi comprise est un moment de réorganisation psychique, débutant par la puberté, dominée par l'effet de celle-ci sur le psychisme, par le renforcement de la dépression sous-jacente qui court dans l'appareil psychique tout au long de l'existence, par des interrogations sur l'identité, sur la bisexualité, par une « bousculade » des identifications antérieures, et par l'idéalisation de cette « nouvelle vie » qu'imaginairement et inconsciemment l'adolescent attendait. Il s'agit d'une crise, car l'adolescent, en pleine réorganisation, vit des changements, des contradictions, des conflits dont l'évolution est ouverte : ils peuvent déboucher sur une déception traînante, ou au contraire sur une conquête progressive de soi-même. Nous avons développé ces points de vue dans le chapitre consacré au modèle de compréhension de l'adolescence s'inspirant de la psychanalyse (*cf.* chap. 1, Le modèle psychanalytique). Nous ne reprendrons donc ici cette question que brièvement.

La crise. — La symptomatologie peut être tout à fait diverse, faite de situations de conflits, de passages à l'acte, de conduites d'oppositions. En eux-mêmes, ces symptômes ne sont pas significatifs d'une pathologie : l'intensité des manifestations de la crise n'est pas en relation directe avec d'éventuelles perturbations. Par exemple, il n'y a pas de parallélisme entre la gravité d'un comportement quant à son pronostic vital ou social, et la gravité du processus psychopathologique sous-jacent.

A. Freud insiste tout particulièrement sur la maturation du Moi à l'adolescence et sur les mécanismes de défense dirigés contre le lien à l'objet infantile et contre les pulsions lorsque les mécanismes précédents sont défaillants dans leurs fonctions de maîtrise de l'angoisse (*cf.* chap. 1, Les moyens de défense). Combattre ses pulsions et les accepter, les éviter efficacement et en être écrasé, aimer ses parents et les haïr, se révolter contre eux et en être dépendant, sont des positions extrêmes dont les fluctuations de l'une vers l'autre seraient tout à fait anormales à un autre âge de la vie. À l'adolescence, elles ne sont que le signe de l'émergence progressive d'une « structure adulte de personnalité ».

E. Kestemberg comprend ainsi la crise d'adolescence (E. Kestemberg, 1980) : bien qu'attendue, « la puberté est toujours une surprise » pour l'adolescent. Il en ressent fugacement un moment de gloire auquel succède l'angoisse. L'avenir dépendra des possibilités d'aménagement de cette angoisse. Mais l'avenir dépendra également de la satisfaction ou de la non-satisfaction qu'apporte la puberté comme « couronnement » de cette vie nouvelle que l'adolescent a attendue au cours de la période de latence. Le déroulement normal de la crise se fait en deux étapes. La première est

généralement celle de la déception, pouvant même aller jusqu'à la désillusion vis-à-vis de ce qu'imaginairement et inconsciemment l'adolescent attendait. À l'inverse, il peut vivre cette étape comme profondément éblouissante, ce qui l'entraîne au-delà de ses possibilités. La seconde étape est celle du passage de la déception à la conquête : conquête de soi, au travers d'un objet, base des assises narcissiques des adultes de demain. Ce passage se réalise quand l'adolescent n'a plus besoin de tout, tout de suite, lorsqu'il peut vivre un projet comme une potentialité future, et non comme une réalisation immédiate, quand il a retrouvé le temps d'attendre et par conséquent de fantasmer.

Les aspects pathologiques. — La crise pathologique s'observe lorsque « la puberté et l'adolescence auront été non seulement critiques, mais traumatiques par le fait qu'elles auront soit sidéré le Moi, soit pour le moins, l'auront suffisamment bouleversé pour qu'il ne puisse retrouver et faire usage de ses mécanismes de défense antérieurs à cette situation nouvelle, et recourir à, et s'ancrer dans des fantasmes » (E. Kestemberg, 1980) :

– la première forme est représentée par l'absence apparente de crise à proprement parler, absence de réorganisation spécifique ;

– l'autre aspect est celui de la morosité (*cf.* chap. 2, La crise juvénile proprement dite), sorte d'hyperlatence. Cet aspect est lié, pour E. Kestemberg, à « l'effacement » de l'idéalisation naturelle de l'adolescent. À un degré de plus, il y a un véritable déni des changements provoqués par la puberté. Tout se passe comme si rien ne s'était passé. L'anorexie mentale ou les toxicomanies en sont des expressions cliniques.

– Ailleurs le changement pubertaire est au contraire fortement proclamé. Il s'agit d'adolescents se jetant dans une forme d'activisme sexuel parfois accompagné d'une inhibition de l'activité intellectuelle ou créatrice.

– Enfin, l'adolescent peut « se disloquer » : au travers de l'altération pubertaire il découvre sa propre altérité. Il devient étranger à lui-même et à l'objet. Il s'agit ici de l'instauration de la schizophrénie de l'adulte au moment de l'adolescence.

MISE EN QUESTION DU CONCEPT DE CRISE

L'adolescence par sa nature est une interruption dans la tranquillité de la croissance : caractéristique de la période de latence, le maintien prolongé d'un équilibre stable devient en lui-même anormal. L'adolescence serait alors caractérisée par des positions conflictuelles économiques et dynamiques extrêmes, changeantes, fluctuantes qui donnent à cette période de la vie son aspect de tumulte, de bouleversement et de crise sans que, pour autant, on soit autorisé à parler de pathologie : le diagnostic différentiel entre les

bouleversements de l'adolescence et la vraie pathologie devient une tâche difficile : « il y a un lien entre les manifestations de l'adolescent normal et les divers types de personnes malades :

– le besoin d'éviter toute solution fausse correspond à l'inaptitude du psychotique au compromis… ;

– le besoin de se sentir réel ou de ne rien sentir du tout est lié à la dépression psychotique avec dépersonnalisation ;

– le besoin de provoquer correspond à la tendance antisociale qui se manifeste dans la délinquance » (D.W. Winnicott).

À l'extrême, ce point de vue amène à considérer que les individus malades sont ceux qui ne sont pas parvenus au stade de développement psychoaffectif qu'est l'adolescence, ou n'y sont parvenus que de façon très déformée.

L'assimilation du processus d'adolescence à une crise rencontre diverses critiques.

Une première critique s'appuie sur des études longitudinales utilisant des tests psychologiques et des questionnaires sur l'image de Soi et les représentations de relations d'objet internalisées : différents groupes d'adolescents, en dehors de toute pathologie, peuvent être distingués :

– un « groupe à croissance continue » dont les sujets sont satisfaits d'eux-mêmes, ne manifestent ni période d'anxiété, ni période de dépression, ni conflits intrapsychiques importants ;

– un « groupe à croissance par vague », où les sujets sont plus enclins à la dépression et à la perte d'estime de soi. Leurs mécanismes de défense se rigidifient en situation de crise et leurs conflits sont plus importants ;

– un « groupe à croissance tumultueuse » chez lequel l'anxiété et la dépression est plus importante que dans les groupes précédents. La mésestime à l'égard d'eux-mêmes et des autres est prévalente chez les adolescents de ce groupe. Ils sont plus dépendants de leurs pairs et manifestent des problèmes comportementaux et familiaux conflictuels ;

– enfin un groupe non caractéristique.

Une deuxième critique porte essentiellement sur le risque important que comporte une confusion entre les aspects normaux et pathologiques, confusion qui peut parfois apparaître dans les travaux assimilant totalement le processus d'adolescence à une crise. En effet, confondre les manifestations de l'adolescence normale et les entités psychopathologiques risque d'entraver l'avenir d'adolescents profondément perturbés en minimisant l'existence de leur pathologie et donc la gravité en profondeur de certaines manifestations. Des critères d'évaluation plus fins doivent alors être étudiés : « Nous sommes en train de découvrir que bien des adolescents qui présentent des problèmes qui semblent transitoires ou de nature névrotique se révèlent plus tard bien plus perturbés. En revanche, un certain nombre

d'adolescents semblent sérieusement perturbés, mais leur traitement révèle que ce n'est pas le cas» (M. Laufer, 1983). Ainsi les manifestations de l'adolescence qui sont les signes d'une étape du développement ou en d'autres termes d'un stade génétique doivent être distingués des troubles psychiques qui correspondent à une interférence avérée dans le développement psychologique de l'individu et/ou à l'effondrement des moyens antérieurs pour faire face aux situations de stress. Ceci nécessite d'évaluer le fonctionnement global de la personnalité, de porter une attention toute particulière à l'ensemble des manifestations et des conduites intrapsychiques que manifeste l'adolescent. Nous pouvons ici citer F. Ladame : «Un trouble psychique correspond à une interférence avérée dans le développement psychologique de l'individu et à l'effondrement des moyens antérieurs pour faire face aux situations de stress. Il ne s'agit donc plus de la vaste panoplie des comportements qui peuvent s'observer chez tout adolescent normal, qui comprennent les variations d'humeur, les sentiments temporaires de désespoir, les querelles et bagarres avec les parents, l'école, les autorités, l'expérimentation de drogue, etc. Tous comportements qu'on désigne encore parfois sous le terme ambigu de "crise d'adolescence" et qui n'entravent pas la progression vers l'âge adulte et la capacité de tirer du plaisir de sa vie personnelle».

Une troisième critique met en lumière le risque de confusion parfois rencontrée entre les événements intrapsychiques, inconscients ou préconscients et les attitudes comportementales apparentes (la description de la crise d'originalité par M. Debesse s'appuie en effet essentiellement sur des traits apparents du comportement; inversement, les aspects critiques décelés par E. Kestemberg sont reconnus à partir d'une analyse de phénomènes intrapsychiques, pour la plupart inconscients ou préconscients). Percevoir l'adolescence comme «une crise» risque d'aboutir à une lecture centrée sur une dimension sociologique : quelle que soit sa pertinence une telle approche n'a pour le clinicien et le sujet singulier lui faisant face qu'une utilité réduite.

Crise et rupture à l'adolescence

En associant le terme de rupture à celui de crise, nous souhaitons apporter un point de vue personnel. Tout d'abord, l'association quasi automatique entre adolescence et crise nous semble trop largement répandue et ne tient aucun compte des difficultés aussi bien historiques que méthodologiques et épistémologiques rencontrées pour définir le concept de crise. D'autre part, nous sommes plus intéressés par la fonction psychologique et psychopathologique de la crise que par sa simple description clinique : ceci nous amène à introduire le concept de rupture. Selon nous, les différents types de crise ne sont que l'expression manifeste des ruptures sous-

jacentes. Nous portons ainsi notre attention sur « la manière dont les composantes de la crise sont vécues, élaborées et utilisées subjectivement, c'est-à-dire essentiellement comme une rupture dans la relation inter- et intrasubjective, dans le jeu des appartenances de groupes et de société » (R. Kaes et coll., 1979).

La rupture s'exprime par des états de crise, c'est-à-dire par un événement mental ou une série d'événement mentaux dont l'association, le renforcement ou la substitution de l'un par l'autre constituent des systèmes allant d'une phase instable et conflictuelle à un nouvel état de stabilité. Ces expériences de ruptures peuvent mettre en cause douloureusement :

1) *Le monde interne :* la continuité psychique, la continuité de soi, l'usage des mécanismes de défenses, l'organisation des identifications et des systèmes d'idéaux, le monde fantasmatique.

2) *Le monde externe :* le paradoxe des relations familiales, la fiabilité des liens d'appartenance à des groupes, l'efficacité du code commun à tous ceux qui, avec le sujet, participent d'une même sociabilité et d'une même culture.

D'un point de vue psychopathologique, les expériences de rupture peuvent s'analyser selon deux modalités :

1) Tout d'abord le problème de la rapidité des substitutions dans les différents domaines intrapsychiques. Cette rapidité des substitutions provoque une sorte d'amnésie du stade précédent, fait croire que l'adolescent vit toujours dans le présent, et donne cet aspect de « crise » si souvent décrit de façon différente d'un auteur à l'autre en fonction des points de vue théoriques adoptés. Cette sorte d'amnésie si particulière à l'adolescence, cet oubli si rapide du moment précédent et cette difficulté à anticiper le moment suivant, rend compte de la valeur subjective très particulière du temps à cette période de la vie. Il est logique de considérer ces crises comme des événements normaux, temporaires et non comme des troubles psychiques organisés durables. Les divers types de crise que nous avons décrits se situent dans ce registre. La « mémoire psychique » est fréquemment rompue mais non la « continuité psychique ».

2) En second lieu, le problème de la « cassure » qui surgit à travers les transformations corporelles. Cette cassure s'accompagne d'un travail psychique dont l'objectif est d'accéder à la possession de son propre corps sexué. « Au cours de l'adolescence, lorsque le corps de l'individu devient physiquement sexué, il se peut que pour lui, la seule façon de conserver sa façon d'être, soit homme, soit femme, soit une cassure du monde extérieur » (M. Laufer, 1983). Cette cassure peut provoquer un véritable « effondrement psychique » au cours duquel la personnalité est totalement submergée, incapable de fonctionner et où l'adaptation à la réalité est compromise. La continuité psychique est rompue. Une tentative de suicide, une conduite toxicomaniaque, une confusion d'identité ou l'un des états psychotiques caractéristiques de l'adolescence peuvent traduire cet effondrement qui est

en soi un véritable trouble psychique selon Laufer. Il se distingue cependant des maladies mentales, comme la schizophrénie où la différence entre le dedans et le dehors n'existe plus, et où les troubles du fonctionnement psychique, telle la paradoxalité, sont déjà bien inscrits dans la vie interne et relationnelle du sujet.

Le concept de pubertaire

Sans se référer explicitement à la notion de crise, certains auteurs privilégient cependant un modèle de compréhension donnant à l'adolescence une qualité d'émergence psychodynamique particulière pour ne pas dire spécifique. Parmi ces auteurs P. Gutton, en France, est celui qui a le plus soutenu ce point de vue : « La crise d'adolescence, normale ou pathologique, est la recherche de solution permettant d'assurer le sentiment continu de l'existence tout en intégrant la nouveauté pubertaire » (P. Gutton, 1997, p. 199). Qu'est-ce que cette « nouveauté pubertaire »? « La puberté est au corps ce que le pubertaire est à la psyché » (ib. p. 193) nous dit P. Gutton qui cherche à cerner l'écart entre la sexualité infantile et ce pubertaire, véritable génitalité adolescente en train de se faire. La caractéristique du pubertaire est de « délier phallus et pénis » (p. 195), permettant qu'ainsi se révèle « la complémentarité des sexes » (p. 194) éprouvée en début d'adolescence comme « une adéquation d'organes sur le modèle du couple zone érogène/objet partiel » (p. 194). Au primat du phallus caractéristique de la sexualité infantile, le pubertaire contraint l'adolescent à affronter cette complémentarité des sexes et le dévoilement du sexe féminin. Cela ne se fait pas sans excitation et désormais le pubertaire pousse l'adolescent à chercher cet objet complémentaire, se retournant en premier lieu vers ses investissements d'enfance : « le pubertaire est tout l'inverse d'un mouvement de séparation. Une force antiséparatrice anime la frénésie de l'enfant vers ses parents » (p. 196). Hélas pour l'adolescent, « la sexualité qui a trouvé son but, n'a pas (encore) trouvé un objet adéquat » (p. 196). Tourné vers ses objets oedipiens, l'adolesscent élabore des « scènes pubertaires » susceptibles d'entrer en résonnance avec la réalité interactive des parents : le pubertaire des parents correspond aux « profondes modifications que ceux-ci subissent lors de la puberté de leur enfant… qui séduit qui, qui agresse qui? » (p. 197). Ce pubertaire risque alors de devenir traumatique « dans la mesure où une coincidence s'y produit entre le désir inconscient de l'adolescent et les manifestations désirantes d'un de ses parents » (p. 198). Ainsi, pour trouver l'objet adéquat, l'adolescent doit d'une certaine façon renoncer à ces « scènes pubertaires » et le « pivot du changement de l'adolescence est… l'inadéquation fondamentale entre réalité interne et externe » (p. 198). Cette désillusion conduit à une élaboration objectale, à une perte de l'objet adéquat, travail d'élaboration secondaire que P. Gutton nomme « adolescens ».

Les aménagements de la dépendance

P. Jeammet et M. Corcos (2001) ont proposé une manière originale de mettre en valeur les spécificités du processus d’adolescence et la compréhension de ses avatars :

« Sexualisation des relations et désidéalisation conjuguent leurs effets pour faire perdre aux objets leur rôle de support narcissique, tandis que la nécessité dans laquelle se trouve l’adolescent d’assurer son autonomie nouvelle, et par là même d’achever ses identifications et de confirmer la solidité de ses acquis internes, renforce sa dépendance objectale, exacerbe et réactualise l’antagonisme entre besoin objectal et autonomie du sujet » (P. Jeammet et M. Corcos, 2001, p. 40 et suivantes).

Ainsi, pour ces auteurs, en se plaçant du point de vue du fonctionnement psychique, « la dépendance peut être décrite comme l’utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d’une réalité psychique interne défaillante ou menaçante. Dans cette perspective, la dépendance est une virtualité sinon une constante du fonctionnement mental car il existe toujours un jeu dialectique d’investissement et de contre-investissement entre la réalité psychique interne et la réalité externe du monde perceptivo-moteur. Elle pose problème dans la mesure où elle devient un mode prévalent et durable de ce fonctionnement au détriment d’autres modalités ». Les adolescents qui deviennent pathologiquement dépendants sont ceux qui utilisent de façon dominante et contraignante la réalité externe, c’est-à-dire le monde perceptivo-moteur, pour se défendre et contre investir une réalité interne sur laquelle ils ne peuvent pas s’appuyer. On comprend ainsi l’importance des modalités comportementales que les adolescents utilisent de façon privilégiée par rapport aux modalités réflexives.

Hypothèses lacaniennes sur l’adolescence

Nous nous référerons ici au travail de J.J. Rassial (1990) qui ne résume sûrement pas tous les travaux à orientations lacaniennes mais qui présente une approche différente des points de vue précédents. Cet auteur s’appuie sur la question du Réel, de l’Imaginaire et du Symbolique. Le Réel mis en avant à l’adolescence est évidemment celui de la puberté physiologique mais pas seulement. Il est aussi « ce qui affecte l’incarnation imaginaire de l’Autre que sont les parents et va en exiger un déplacement » (J.J. Rassial, 1990, p. 198 et suivantes). Imaginairement l’adolescent doit « intégrer des infinis auxquels il se confronte… infini de l’espace, infini du temps… qu’aucun Autre ne puisse à la longue satisfaire ». Enfin, à l’adolescence, le signifiant, dans sa fonction même de représenter le sujet, change de valeur, et le Symbolique est mis en question dans les « trois niveaux de son fondement. Au niveau du

signifiant-maître… au niveau du signifiant phallique… au niveau du Nom-du-Père ».

L'approche lacanienne met en valeur le fait que l'adolescent subjective son statut de sujet pour l'Autre, se confrontant au désir de l'Autre et au manque qui s'en suit.

REGROUPEMENTS À DOMINANTE DÉVELOPPEMENTALE

Bien que les approches à dominantes structurales que nous venons de parcourir ne dénie aucunement qu'un adolescent a d'abord été un enfant, avec les avatars antérieurs du développement, les approches que nous allons maintenant présenter s'inscrivent de façon nettement plus étroite dans des lignes de développement comme celle du processus de séparation-individuation et celle de la construction de la subjectivation ou en d'autre terme du processus de différenciation.

DU PROCESSUS DE SÉPARATION-INDIVIDUATION AU CONCEPT D'ATTACHEMENT

Les concepts de Margaret Mahler développés à partir de recherches sur les jeunes enfants et de l'observation des relations mères-enfants, ont amené plusieurs psychanalystes d'adolescents à comparer le processus d'adolescence avec le processus de séparation du petit enfant décrit par celle-ci. Si le jeune enfant s'est dégagé de sa mère par internalisation, l'adolescent se dégage des objets internalisés pour aimer les objets extérieurs et extrafamiliaux. Un jeu identificatoire complexe s'opère activement, jeu entre le développement d'identification mélancolique lié au travail de deuil et de séparation et la construction d'identifications hystériques à l'origine d'une nouvelle « image composite » et donc d'un processus d'individuation. À l'adolescence, second processus de séparation-individuation et processus identificatoire sont intimement liés, bien que leurs cours naturels apparents aillent dans des sens opposés. En fait, dès 1944, H. Deutsch (in 1969) écrivait : « La prépuberté est une phase pendant laquelle les pulsions sexuelles sont les plus faibles, et où le développement du Moi est le plus intense. Elle se caractérise par une poussée vers l'activité et une démarche vers la croissance et l'indépendance et représente un processus intensif d'adaptation à la réalité, de maîtrise de l'environnement, résultant de cette évolution du Moi. L'adolescent s'y trouve pris entre passé et futur, entre enfance et âge adulte, tout comme le petit enfant l'était entre relation symbiotique et autonomie. La lutte

pour l'indépendance ayant lieu à cette période de la vie nous rappelle intensément les processus qui se déroulent entre l'âge de un an et demi et trois ans, lors de ce que nous qualifions de phase préœdipienne de l'enfance (le passage du stade symbiotique à l'autonomie) ».

Ce sont essentiellement P. Blos et J.F. Masterson à propos des adolescents borderline (*cf.* chap. 14, p. 424) qui ont repris les concepts de Margaret Mahler et les ont transposés à l'adolescence. Le second processus d'individuation est le fil fonctionnel qui serpente tout au long de l'adolescence ; en outre, P. Blos a décrit différentes sous-phases :

– la préadolescence caractérisée par l'augmentation quantitative de la pression pulsionnelle et par la résurgence de la prégénitalité ;

– la première adolescence marquée par la primauté génitale et le rejet des « objets internes parentaux ». « Le véritable processus de rupture des liens avec le premier objet a commencé » ;

– l'adolescence proprement dite où dominent le réveil du complexe œdipien et les détachements des premiers objets d'amour. Au cours de cette phase le narcissisme s'amplifie, le deuil apparaît et nous en verrons les liens avec la dépression (*cf.* chap. 9, p. 247), « l'état amoureux » reflète les problèmes liés au choix d'objet sexuel : nous en reparlerons plus en détail dans le chapitre consacré à la sexualité et ses troubles (*cf.* chap. 7, p. 176). « L'individualisation atteint un sommet avec le réveil du conflit œdipien et l'établissement du plaisir préliminaire agissant comme il le fait sur l'organisation du Moi » ;

– l'adolescence tardive est une phase de consolidation des fonctions et des intérêts du Moi et de structuration de la représentation du Soi ;

– enfin, la postadolescence au cours de laquelle la tâche de l'adolescence doit s'achever, c'est-à-dire « quand l'organisation de la personnalité est telle que la paternité ou la maternité peuvent apporter leur contribution spécifique à la croissance de la personnalité ».

À travers ce cloisonnement en différentes phases, un processus d'un ordre plus général s'établit. Sa direction et son but restent les mêmes tout au long de l'adolescence, ils cheminent continuellement vers le dégagement de l'objet infantile et parallèlement la maturation du Moi. Inversement, les troubles du développement des fonctions du Moi à l'adolescence sont symptomatiques de fixations pulsionnelles et de dépendance aux objets infantiles. Dans cette conception, la plus grande partie des troubles psychiques de l'adolescence est liée aux avatars de ce processus de séparation-individuation.

Incontestablement, un tel point de vue a le mérite d'attirer clairement l'attention du clinicien sur les risques de distorsion du développement, de fixation pathologique, et par conséquent a le mérite d'éviter la passivité et l'attentisme. Cependant des critiques se sont élevées face à ce type de compréhension :

1) Critique de forme devant l'aspect quelque peu schématique des diverses étapes et sous-phases de l'adolescence. De nombreux auteurs, en raison des variations d'âges, très importantes à cette période de la vie, réfutent ces diverses sous-phases et se contentent de parler de préadolescence, d'adolescence proprement dite et éventuellement de postadolescence.

2) Critique de fond : certains auteurs considèrent que cette perspective ontogénétique met trop l'accent sur l'aspect adaptatif du processus en négligeant quelque peu l'aspect conflictuel de l'adolescence. Certes, un tel point de vue se justifie lorsque ce type de compréhension dépasse le champ individuel pour s'appliquer au champ social collectif ; en revanche, cette critique nous paraît peu fondée dans le domaine de la clinique centrée sur l'individu car les auteurs sus-cités (P. Blos, J.F. Masterson, M. Laufer, entre autres) s'attachent à une analyse minutieuse des « conflits de développement », de leur entrave ou de leur résolution (voir Crises et Ruptures à l'adolescence, chap. 2, p. 52).

L'attachement à l'adolescence

La nécessité pour l'adolescent de s'éloigner de ses objets de soins primaires (*caregiving*), de trouver sa place parmi ses pairs, de s'inscrire dans des relations sociales élargies sollicite à l'évidence les liens d'attachements issus de la petite enfance. Si l'on considère, à la suite de Bowlby, que, dès l'enfance, les systèmes d'attachement d'un coté, d'exploration de l'environnement de l'autre sont en équilibre concurrentiel (pour toute la théorie de l'attachement dans l'enfance, les protocoles d'investigation telle que la situation étrange et ses conséquences cliniques, on consultera les chapitres correspondants dans *Enfance et psychopathologie*) on comprendra aisément que l'activation du système d'exploration inhérente à l'adolescence risque d'autant plus de malmener le système d'attachement que celui repose sur des bases fragiles. De plus, avec l'irruption de la maturité génitale, la relation d'attachement aux figures de soin de la petite enfance devient particulièrement conflictuelle pour l'adolescent qui, perdant la relative protection de l'immaturité sexuelle, ne peut plus maintenir comme du temps de l'enfance un « commerce » d'allure neutre et innocent avec le corps de ses parents. L'espace de la tendresse en est réduit d'autant. La proximité physique au parent a donc toutes les probabilités d'être ou de devenir conflictuelle. D'où la nécessité pour l'adolescent de pouvoir substituer au système comportemental d'attachement qui prévaut dans l'enfance un modèle intériorisé *d'une figure d'attachement* qui autorise le déploiement d'un scénario d'attachement rassurant, apaisant et facilitant l'expression du système d'exploration.

Ce passage du modèle comportemental au modèle intériorisé a constitué le défit relevé par les théoriciens de l'attachement qui ont succédé aux pionniers (Bowlby, Ainsworth). Une des premières questions fut en effet de savoir si les

modèles d’attachement forgés dans l’enfance restaient stables au cours du développement. Pour ce faire, Bowlby avait développé le concept de modèles internes opérants (MIO) repris par d’autres auteurs tels que P. Fonagy (1996). Ainsi, pour cet auteur, la sécurité de l’attachement permet que se développe une « capacité de conscience réflexive » grâce à laquelle le sujet peut se représenter ses propres états mentaux et ceux d’autrui, condition nécessaire au déploiement de la théorie de l’esprit. Cette conscience réflexive est bien évidemment indispensable pour accéder à la notion de réciprocité et pour que se développent les méta-représentations et méta-cognitions (représentations sur les représentations), support du travail d’abstraction et d’intériorisation caractéristique de l’adolescence (D. Marcelli, 2004). Afin d’évaluer ces modèles internes (qui par conséquent ne sont plus directement observables dans le comportement comme cela peut être le cas avec la situation étrange) diverses échelles d’évaluation ont été progressivement élaborées (*Adulte Attachement Interview, Attachement History Questionnaire, Attachement Style Questionnaire,* etc. Pour une synthèse voir : F. Perdereau et coll., 2006) qui, toutes, explorent les représentations imaginaires que construit chaque individu avec ses figures intériorisées issues de l’enfance et ce qui en résulte sur les interactions actuelles.

Certes il existe une certaine concordance entre les modèles d’attachement observés dans l’enfance et ceux qui sont retrouvés à l’adolescence puis à l’âge adulte. Ainsi, les sujets secure dans l’enfance le restent volontiers à l’adolescence et entretiennent de ce fait des relations plus confiantes avec leurs parents (Kobak, 1988). Mais la stabilité de ces modèles d’attachement dépend beaucoup des événements de vie qui sont ou non survenus, les événements stressants ayant tendance à diminuer sensiblement le taux d’attachement secure (F. Atger, 2006).

Une des caractéristiques des modèles d’attachement à l’adolescence est représentée par l’accession à une dimension de réciprocité : capacité à recevoir de la sécurité de la part d’une figure d’attachement mais aussi capacité à donner à autrui selon son besoin soutien et attention. Ceci s’observe dans les relations aux pairs et plus encore à l’objet d’amour. Les modèles d’attachement sont intensément activés dans les investissements affectifs nouveaux et dans le choix du (de) la petit(e) ami(e). Cette dimension de réciprocité montre que l’étude des modèles d’attachement chez l’adolescent et l’adulte ouvre à un degré de complexité supplémentaire. C’est probablement la raison pour laquelle, à notre connaissance et à ce jour, on n’a pas encore décrit un lien précis entre un état psychopathologique particulier et tel ou tel modèle d’attachement. Les travaux publiés, de plus en plus nombreux, concluent souvent à une augmentation de fréquence des attachements « détachés », « préoccupés » ou « désorganisés » par rapport aux attachements dts secure (O. Nakash-Eisikovits et coll., 2004). C’est ce que l’on retrouve chez les adolescents avec des traits psychopathiques, les adolescents dits

« limites » (borderline), consommateurs de produits d’allure toxicomaniaque, les adolescents délinquants, etc.

En revanche, dans une relation psychothérapeutique, prendre en compte le modèle interne d’attachement permet certainement de mieux appréhender la nature et l’intensité des probables difficultés (passages à l’acte, rupture, transfert idéalisant, etc.) qui surgiront à mesure que ce type de thérapie sollicitera les bases de sécurité (ou d’insécurité) interne (P. Fonagy et coll., 1996).

L’AVENTURE DE LA SUBJECTIVATION

R. Cahn (1997, 1998) parle de son coté de processus de subjectivation. Le sujet de la psychanalyse ne représente en fait que le résultat d’un long processus de subjectivation dont « l’adolescence pour autant qu’elle reprend, élabore, modifie, crée de nouvelles modalités du travail psychique, constitue un moment essentiel ». « Le processus de subjectivation a essentiellement affaire au moi… » Il ne s’agit non pas tant d’un processus de séparation-individuation que d’un processus de différentiation « (qui…) à partir de l’exigence d’une pensée propre, permet l’appropriation du corps sexué et l’utilisation des qualité créatrices du sujet » (R. Cahn, 1997, p. 215). Ainsi définie, cette subjectivation permet au sujet de se dégager du “pouvoir de l’autre” ou de se désaliéner de sa jouissance. Mais « c’est à l’adolescence que s’excacerbent les obstacles internes et externes à l’appropriation par le sujet de ses pensées et désirs propres, de son identité propre » (p. 217), à cause des incertitudes liées aux remaniements pubertaires, à la place nouvelle de l’objet compte tenu de la maturité sexuelle, aux liens aux images parentales et à la réalité des parents. « Ce mouvement d’appropriation, de son corps certes, mais aussi de sa place en tant que sujet sexué dans la succession des générations, ne peut se faire sans conflits ni contradictions, ni sans passer par un temps préalable… d’interrogations angoissées sur ce familier brutalement devenu étranger, de dessaisissement du corps et du monde » (p. 226). Les risques de déliaisons sont ici au premier rang permettant de comprendre en particulier le risque psychotique à cette période de l’existence.

En résumé, certains conceptualisent l’adolescence comme une période structurale spécifique mais alors la distinction entre les manifestations propres à cette étape et les troubles psychiques durables est souvent difficile. D’autres auteurs conceptualisent l’adolescence comme une étape du développement pouvant avoir elle-même ses différents stades et dont la fonction d’ensemble est rapprochée de celle de la première enfance. Dans cette dernière conception, l’adolescence représente un processus comportant différentes tâches qui doivent être accomplies pour passer à l’âge adulte,

accéder à la stabilité des relations d'objets et à la possibilité de devenir soi-même parent d'enfants et d'adolescents.

Notre propos n'est pas ici de trancher dans cette discussion. Il semble cependant que ceux qui insistent de nos jours sur la dimension critique de l'adolescence s'appuient avant tout sur un point de vue dynamique et conflictuel, mais ceci risque de déboucher sur une attitude trop fréquente de «*wait and see*» dont on pourrait craindre une conséquence pratique : une attitude abstentionniste exagérée face à certaines situations dangereuses pour l'avenir psychique du sujet. Au contraire, ceux qui préfèrent décrire l'adolescence comme un processus s'appuient sur un point de vue génétique ou développemental dans le sens d'un processus de changement dans différentes lignes du développement, dans différents axes de la vie intra- et interindividuelle. Ces changements dans la continuité psychique et dans les liens entre la réalité interne et la réalité externe, peuvent être des ruptures ou non, prendre des formes critiques ou pas, mais nécessitent une évaluation soigneuse et approfondie débouchant sur des distinctions entre processus et crise, entre le normal et le pathologique et donc sur des interventions précoces et parfois intensives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Tous soulignent le danger d'une «science psychanalytique parentale», car «à vouloir expliquer les questions de l'adolescence d'une manière si impatiente, l'adulte montre à l'évidence que les problèmes de l'adolescence ne sont finalement rien d'autre que les siens». En fin de compte, seule la relation entre le monde des adolescents et celui des adultes, sa nature, sa valeur expressive des conflits patents ou latents, son évolution, retiendront l'attention du clinicien à orientation psychanalyste et sous-tendront le modèle psychanalytique.

LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE À L'ADOLESCENCE

Plus qu'à tout autre âge de la vie la question du normal et du pathologique se pose avec acuité à l'adolescence : la multiplicité des conduites déviantes, leur labilité, la difficulté à saisir l'organisation structurelle sous-jacente, l'estompage du cadre nosographique habituel, le rôle non négligeable de la famille et de l'environnement social… Autant d'axes de repérage, autant d'incertitudes : les critères sur lesquels, à d'autres âges, se fondent la notion du normal ou du pathologique sont tous ici mis en échec : 1) la normalité au sens de la norme statistique inciterait à considérer comme normales des conduites manifestement déviantes à d'autres moments, au risque de leur retirer toutes significations de souffrance (ainsi en est-il de l'idée de suicide de l'adolescent); 2) la normalité au sens de la norme sociologique risquerait

de rejeter la totalité de l'adolescence dans le champ pathologique (en fonction de la fréquence des conduites dites précisément antisociales) ; 3) la normalité opposée à la maladie aboutirait-elle à parler de « l'adolescence-maladie » ?

Pourtant, face à des conduites déviantes de l'adolescent, le psychiatre est directement interpellé par la famille ou la société. Il est plus ou moins sommé de répondre : cet adolescent deviendra-t-il un adulte normal ou s'enfoncera-t-il dans la pathologie ? Que les conduites déviantes paraissent témoigner d'un conflit internalisé (dépression), ou d'un conflit dans le champ familial (opposition aux parents, refus scolaire), ou d'un conflit dans le champ social (conduite délinquante, toxicomanie), ne change rien à la question. L'adolescent est un adulte potentiel : c'est sur cette potentialité que le psychiatre est interrogé.

Face à cette demande pronostique, le consultant peut être tenté d'adopter deux types de stratégies psychopathologiques opposés. Il peut selon le modèle traditionnel chercher à faire coïncider les diverses conduites déviantes de l'adolescent avec des symptômes d'entité morbide, définis dans le champ psychiatrique de l'enfant ou de l'adulte. Ce mode de repérage sémiologique tend à faire de chaque conduite inhabituelle un symptôme morbide. L'expérience clinique la plus élémentaire montre que ce schéma est encore moins valide à l'adolescence qu'aux autres âges de la vie. Inversement, le consultant peut adopter une attitude hâtivement qualifiée « d'empathique » où seul le « vécu » de l'adolescent est pris en compte ; toutes les conduites risquent alors d'être ramenées à une composante banale et normale de la « crise de l'adolescence ».

Si le risque de plaquer un cadre nosographique arbitraire est alors évité, en revanche cette approche tend à annuler le sens de ces conduites (souffrance, appel) ou à utiliser une grille nosographique empirique (tel adolescent ressemble à tel autre, il a un air de…). Widlöcher a clairement posé les termes de cette alternative : « faut-il objectiver au maximum la conduite pour la réduire à un symptôme rattachable à une étiologie ? ou faut-il au contraire réduire cette conduite au sens qu'elle revêt dans la subjectivité de l'adolescent et ne s'intéresser qu'au "vécu de ce dernier" ? » (D. Widlöcher, 1976).

Tous les auteurs qui se sont penchés sur l'adolescence ont eu tendance à utiliser une terminologie issue de la pathologie pour comprendre le sens de la crise habituelle de l'adolescent : la pathologie sert ainsi de modèle aux mouvements propres à cette période, ce qui estompe encore toute frontière possible entre le normal et le pathologique. Winnicott compare certains éléments du processus de l'adolescence à ce qu'on observe chez le psychotique ou surtout le délinquant. Pour A. Freud, « la puberté peut se rapprocher des poussées psychotiques du fait de l'adoption de certaines attitudes de défenses primitives… ». Pour elle à cet âge, seule une différence économique d'intensité distingue ce qui est normal de ce qui est pathologique. A. Haim parle du travail de deuil accompli pendant l'adolescence

avec tous les mouvements dépressifs qui accompagnent ce travail. Ainsi, entre la dépression clinique, la crise psychotique aiguë ou les conduites psychopathiques d'un adolescent malade d'un côté, et de l'autre la problématique du deuil, les remaniements d'identité-identification ou le conflit de génération et de revendications sociales propres à la « crise de l'adolescence », y a-t-il plus qu'une continuité symptomatique : il y a pour certains auteurs une réelle similitude structurelle, similitude dont le résultat serait de nier toute ligne de partage entre la « crise de l'adolescent » nécessaire, maturative et structurante, et une éventuelle organisation pathologique fixée. Selon Widlöcher, la solution de ce paradoxe réside dans une meilleure compréhension des conduites de l'adolescent : cet auteur refuse le partage trop fréquent entre des conduites qui seraient témoins d'une pathologie (conduite-symptôme) et des conduites qui seraient l'expression d'une psychologie normale (conduite-vécu). Toute conduite doit être envisagée pour elle-même, puis replacée dans l'ensemble des conduites du sujet en appréciant l'harmonie, la fluidité de ces groupes de conduites ou au contraire la dissonance, la rigidité. Ainsi « tel symptôme très inquiétant s'inscrit dans un système de conduites fluides, tel autre dans un système rigide et parfaitement typé du point de vue psychopathologique ».

Ces « systèmes rigides » réalisent des ensembles de conduites tendant à covarier les unes avec les autres. Ils définissent ainsi un fonctionnement psychopathologique plus facilement repérable. Rappelons la phrase de S. Freud : « la pathologie isole et exagère certains rapports » (1932).

À côté de cette distinction entre système « fluide » et système « rigide », d'autres auteurs utilisent le point de vue développemental déjà évoqué (P. Blos, M. Laufer) pour essayer d'évaluer le normal et le pathologique. En fait ces deux points de vue s'associent le plus souvent : « la distinction entre les stress normaux temporaires et les troubles psychiques peut paraître malaisée si l'on ne prend en considération qu'un phénomène isolé, une conduite ou un comportement donné. Par contre, l'évaluation du fonctionnement global de la personnalité permet en général de saisir les interférences et de préciser le risque qu'elles puissent entraver la poursuite de l'évolution vers l'âge adulte. »

Deux modalités d'analyse sont ainsi dégagées : 1) d'un côté la souplesse opposée à la rigidité des conduites et la manière dont ces conduites interfèrent avec le fonctionnement global de la personnalité, c'est-à-dire les événements actuels et l'organisation mentale historiquement construite ; 2) d'un autre côté l'entrave plus ou moins importante que ces conduites représentent pour la poursuite du développement psychique, c'est-à-dire une analyse prospective sur les interactions entre ces événements actuels et le processus psychique en cours de construction. Ces deux modalités d'analyse associées apportent un éclairage dynamique à la compréhension de la psychopathologie individuelle et à la question du normal et du pathologique à l'adolescence.

BIBLIOGRAPHIE

CAHN R. : *L'adolescent dans la psychanalyse*. PUF, Paris, 1998.

DEBESSE M. : *La crise d'originalité juvénile*. 1re éd., PUF, Paris, 1936.

GUTTON P. : Le pubertaire, ses sources, son devenir. In : *Adolescence et psychanalyse : une histoire,* M. Perret-Catipovic, F. Ladame, Delachaux et Niestlé éd., Paris, 1997, 193-212.

JEAMMET P., CORCOS M. : *Évolution des problématiques à l'adolescence*. Doin, Paris, 2001.

RASSIAL J.J. : *L'adolescent et le psychanalyste*. Ed. Rivages, Paris, 1990.

AJURRIAGUERRA J. DE : *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson, Paris, 1970.

ATGER F. : Attachement et adolescence. *In : L'attachement. Concepts et applications.* 2e éd., N. Guedeney A. Guedeney, Masson, Paris, 2006, 81-90.

BOLZINGER A., EBTINGER R., KAMMERER Th. : Approches cliniques et psychologiques de la notion de crise. *Évol. Psychiat*., 1970, *2*, 432-451.

BRUSSET B. : Qui est en crise : les adolescents ou la société? *Autrement*, 1975, *1*, 68-81.

CAHN R. : Le processus de subjectivation à l'adolescence. In : *Adolescence et psychanalyse : une histoire,* M. Perret-Catipovic, F. Ladame, Delachaux et Niestlé éd., Paris, 1997, 213-227.

DEUTSH H. : *Problèmes de l'adolescence*. Payot, Paris, 1969.

ERIKSON E.H. : *Identity youth and crisis*. W.W. Norton Co. Inc., 1968.

ERLICH H.S. : Denial in adolescence, *Psychalal. Study Child.* 1986, 41, 315-336.

FONAGY P., STEELE M., STEELE H. et coll. : Fantômes dans la chambre d'enfant : études de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement. *Psych.. Enf.*, 1996, *39*, 1, 63-83.

FONAGY P., LEIGH T., STEELE M. et coll. : The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, *64*, 22-31.

KAES R., MISSENARD A., ANZIEU D. et coll. : *Crise*, *Rupture et Dépassement*. Dunod, Paris, 1979.

KESTEMBERG E. : La crise de l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal*., 1980, *44*, 3-4, 524-530.

KOBAK R., SCEERY A. : Attachement in late adolescence. Working models, affect regulation and representation of self and others. *Child Dev.*, 1988, 59, 135-143.

LAUFER M. : Psychopathologie de l'adolescent : quelques principes d'évaluation et de traitement. *Adolescence*, 1983, *1*, 1, 13-28.

LAUFER M. : Adolescence, fantasme masturbatoire central et organisation sexuelle définitive. In : *Adolescence et psychanalyse : une histoire,* M. Perret-Catipovic, F. Ladame, Delachaux et Niestlé éd., Paris, 1997, 163-191.

MÂLE P. : *La crise juvénile*. Payot, Paris, 1982.

MARCELLI D. : L'adolescence une méta-théorie de l'esprit. *Adolescence*, 2004, *22*, 4, 811-823.

NAKASH-EISIKOVITS O., DUTRA L., WESTEN D. : Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Attach. Hum. Dev.*, 2004, *6*, 1, 73-97.

PERDEREAU F., ATGER F., GUEDENEY N. : Évaluation de l'attachement chez l'adolescent et l'adulte. *In : L'attachement. Concepts et applications.* 2e édition, N. Guedeney, A. Guedeney, Masson, Paris, 2006, 129-142.

SANDLER J., JOFFE W.G. : The tendency to persistance in psychological function and development. *Bull. Menniger Clinic*, 1967, *31*, 257-271.

THOM R. : Crise et catastrophe. *Communications*, 1976, *25*, 34-38.

WIDLÖCHER D. : Adolescence normale ou pathologique. *Rev. Prat.*, 1976, *26*, 2927-2940.

3 L'ENTRETIEN AVEC L'ADOLESCENT

Entre l'interminable et fastidieux catalogue des diverses situations cliniques possibles d'un côté, l'exposé bref et aride des quelques grands principes dictant la conduite du consultant de l'autre, le chemin est étroit qui permet de rendre compte de la dynamique des premiers entretiens. Pourtant, de la qualité de ces premiers contacts peut dépendre la qualité de la relation thérapeutique future et la qualité de l'investissement mis par l'adolescent et sa famille dans la thérapie. Il est bien évidemment excessif de déclarer que tout dépend de ces premiers entretiens ; il est néanmoins vrai que la plasticité de l'organisation psychique de l'adolescent, son besoin avide d'une relation nouvelle et différente, font de ces entretiens des moments charnières. Le consultant est souvent animé du sentiment que le potentiel évolutif est très ouvert et dépend en partie de la qualité de l'interaction se mettant en place. Ce sentiment reflète l'une des données essentielles du travail avec l'adolescent : la massivité et l'immédiateté de la relation transférentielle, mais aussi contre-transférentielle. Si l'intensité de cette interaction apporte l'énergie nécessaire à la mise en place d'un programme thérapeutique pour l'adolescent, elle représente aussi de la part de celui-ci le moyen d'inclure ce nouvel adulte, le consultant, dans ses projections les plus pathologiques risquant d'aboutir à une impasse thérapeutique. Les premiers entretiens oscillent toujours entre ces deux pôles, oscillation qui définit également leur objectif essentiel : le dégagement possible puis la mise en place du cadre thérapeutique nécessaire.

Auparavant, le repérage du fonctionnement psychopathologique de l'adolescent et l'évaluation de la qualité des interactions familiales constituent les premières préoccupations du consultant. Mais il est bien difficile de dissocier, par souci de clarté pédagogique, ce qui relève de la démarche diagnostique et ce qui est déjà de l'ordre d'une préoccupation thérapeutique. Dans ce chapitre nous aborderons successivement les principes et objectifs qui sous-tendent la démarche du consultant puis la pratique clinique elle-même. Avant toute prise de décision concernant un adolescent et/ou sa famille, ce premier temps, que nous appelons entretiens d'évaluation, est nécessaire.

PRINCIPES ET OBJECTIFS DES PREMIERS ENTRETIENS

Au cours de ces premiers entretiens le consultant est d'abord confronté à la nécessité d'une évaluation diagnostique globale, évaluation qui prend en compte des données issues à la fois de la qualité de la relation entre adolescent-consultant ainsi que la dynamique de cette relation à travers les quelques entretiens initiaux, issues également des hypothèses psychopathologiques sur le fonctionnement intrapsychique tel qu'il peut être appréhendé à travers les conduites manifestes et la dynamique relationnelle, issues enfin de l'analyse des interactions familiales et sociales. À partir de ces données, le clinicien évalue dans l'après-coup de l'entretien, ce qui reste de ses préoccupations essentielles : diagnostique, pronostique et thérapeutique.

LA QUALITÉ DE LA RELATION AVEC L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE : LE PROBLÈME DU DIAGNOSTIC

La préoccupation diagnostique a **mauvaise** presse, on ne cesse d'en dénoncer les écueils. Il est vrai que l'adolescence, par sa mouvance, son incertitude évolutive, le caractère volontiers bruyant et dérangeant de certaines manifestations banales, est une des périodes de la vie où l'établissement d'un diagnostic psychiatrique précis devient aléatoire. En outre formuler un diagnostic qui implique des contre-attitudes souvent très lourdes comme cela s'observait dans le cas de la « schizophrénie simple débutante » ou encore actuellement de la « psychopathie » risque de figer le processus évolutif de l'adolescence et au pire d'induire chez l'adolescent des contre-identifications négatives correspondant à ce diagnostic psychiatrique et venant fallacieusement le confirmer *a posteriori*. On peut résumer ainsi les écueils et les risques d'un diagnostic psychiatrique à l'adolescence :

– difficultés à faire coïncider une phase mouvante et évolutive de la vie et un cadre nosographique fixé, délimité beaucoup plus en fonction de la pathologie mentale de l'adulte ou à la rigueur de l'enfant que de l'adolescent lui-même ;

– risque d'attribuer à une conduite bruyante, inquiétante ou gênante pour l'entourage (famille, société) le pouvoir de rendre compte de l'ensemble du fonctionnement mental : une prise de drogue aboutissant au diagnostic de toxicomanie, un larcin à celui de délinquance, une aventure homosexuelle à celui de perversité, etc. ;

– risque d'écran et d'ancrage opéré par le diagnostic posé et les contre-attitudes qu'il suscite, aussi bien chez l'adolescent que dans son environnement familial ou social;

– fluctuations fréquentes des niveaux de fonctionnement psychique de l'adolescent, fluctuations qui dépendent en partie du moment et des circonstances ponctuelles où intervient l'entretien.

Néanmoins, l'absence de toute démarche diagnostique comporte aussi des dangers propres. D'un côté, on peut renoncer à toute tentative de synthèse des données et se contenter d'attitudes spontanées plus ou moins réfléchies : ceci aboutit à délaisser toute élaboration théorique, mais surtout tout projet thérapeutique. On se laisse alors porter par les événements. L'adolescent qui est précisément à la recherche de son identité et de ses limites ne pourra qu'être entraîné dans des conduites de plus en plus pathologiques face à cette absence totale de repère. D'un autre côté une conséquence fréquente consécutive à ce refus de toute démarche diagnostique est le recours à des catégories qui ne se désignent pas comme telles, non reconnues explicitement parce qu'elles restent sous la forme de notations impressionnistes, de références à l'expérience antérieure du consultant ou de l'institution (tel adolescent ressemble à tel ancien, celui-ci à l'air de…). Il s'agit alors d'une classification diagnostique empirique non reconnue, et totalement dépendante de la subjectivité individuelle.

L'analyse psychopathologique des conduites de l'adolescent nous paraît donc nécessaire, mais un second écueil dénoncé par Widlöcher (1978) consiste à distinguer artificiellement deux types de conduite, les unes qui seraient du registre du compréhensible, du vécu, en un mot du normal, les autres du registre de l'incompréhensible, du symptôme, en un mot du pathologique (voir à ce sujet la discussion sur le normal et le pathologique, p. 58). Ce n'est pas dans le repérage et l'étiquetage d'une série de symptômes que la démarche diagnostique sera fructueuse chez l'adolescent. En effet, à cet âge, il n'est pas de conduite qui puisse un jour, au moins une fois, advenir sans nécessairement traduire une organisation psychopathologique fixée. Plus que le repérage des conduites symptômes, le clinicien devra tenter d'analyser le fonctionnement psychique du patient, mais aussi de relier ce fonctionnement aux interactions familiales auxquelles cet adolescent participe.

L'analyse de la psychopathologie individuelle. — Compte tenu des remarques précédentes, le repérage des conduites doit prendre en compte des données à la fois diachronique et synchronique. Au plan diachronique, il importe d'évaluer dans quelle mesure la conduite de l'adolescent apparaît en rupture par rapport au passé de celui-ci, ou au contraire semble traduire une continuité soit symptomatique, soit structurelle avec l'enfance : l'existence d'un lien évident avec la symptomatologie de la petite enfance traduit en général une organisation plutôt fixée. Au plan synchronique, l'analyse en

terme économique et dynamique de cette conduite est essentielle : quelle entrave à l'ensemble du fonctionnement psychique, quelle désorganisation dans le champ social provoque-t-elle? Existe-t-il des investissements non conflictuels préservés? Quelle est la part non pathologique de la personnalité? Quels sont les mécanismes de défense prévalents? Ces derniers permettent-ils une adaptation encore satisfaisante ou au contraire accentuent-ils la désadaptation à la réalité externe?

Parfois un bilan psychologique peut être proposé, bilan dont l'intérêt consiste non seulement en une évaluation du fonctionnement psychique, mais aussi en une rencontre médiatisée par un matériel, celui du test, avec une personne dont l'intérêt se concentre sur le monde interne de l'adolescent. Toutefois le moment et les conditions où l'on propose ce bilan doivent être soigneusement pesés pour que clinicien et adolescent en tirent le maximum de profit : les données propres au bilan psychologique sont regroupées dans un paragraphe ultérieur (*cf.* chap. 3, Le bilan psychologique à l'adolescence, p. 75).

L'évaluation des interactions familiales et sociales. — Individu vulnérable et sensible, l'adolescent dépend à l'extrême de son environnement. L'évaluation doit en tenir compte. Nous estimons que la rencontre entre le consultant et les parents représente un temps essentiel de cette évaluation. La qualité et le type des interactions familiales permettent de préjuger des possibilités qu'a l'adolescent de se constituer en tant que personne, avec ses limites propres, son histoire familiale et son projet existentiel. Là encore le repérage est double, à la fois synchronique et diachronique. L'évaluation synchronique consiste à appréhender le type actuel d'interaction entre l'adolescent et ses parents : la « crise » de l'adolescent entre-t-elle en correspondance avec une « crise du milieu de la vie » chez les parents ou encore avec une « crise parentale »? (voir chap. 16, L'adolescent et sa famille, p. 452). Observe-t-on des mécanismes pathologiques entravant le processus d'autonomisation de l'adolescent tel que des attitudes projectives répétées...? L'évaluation diachronique consiste à reprendre l'histoire de l'adolescent et son inscription dans ce qu'on appelle le « mythe familial ». Une attention particulière sera portée au premier développement de l'enfant et aux premières difficultés qui ont pu apparaître. En outre, la personnalité et les images des grands-parents de l'adolescent, la nature des relations que ce dernier a établies avec ceux-ci représentent souvent un bon indice de la manière dont l'adolescent cherche à s'inscrire dans l'histoire réelle ou mythique de sa famille.

Le consultant pourra aussi prendre en considération la qualité du proche environnement social. À l'adolescence en effet, en raison de cette vulnérabilité déjà évoquée, il existe selon nous, un renversement de la mise en perspective de la psychopathologie individuelle et de la qualité du contexte environnemental. En effet, dans l'enfance, face à une symptomatologie précise, la constatation de graves carences dans l'environnement représente

un facteur minoratif d'évaluation de la pathologie. En revanche à l'adolescence, face à une symptomatologie précise, la constatation d'une désorganisation dans l'environnement constitue un facteur péjoratif de l'évaluation du pathologique. L'absence de cadre, de limite cohérente ne pourra que favoriser puis amplifier l'apparition de conduite de rupture.

LA PRÉOCCUPATION PRONOSTIQUE

Le second objectif de ces entretiens d'évaluation est pronostique. Deux séries de facteurs permettent d'étayer quelques hypothèses, bien que le pronostic soit toujours difficile et aléatoire.

Au plan de l'individu, l'évaluation de la fluidité des conduites ou au contraire de leur permanence à travers le temps et surtout de leur répétition est essentielle. La répétition d'une conduite, en particulier une conduite de rupture (prise de drogue, fugue, passage à l'acte, etc.) signe toujours un processus pathologique débutant, traduit la tendance de l'adolescent à ne pas reconnaître en lui les conflits et à les projeter sur l'entourage, par conséquent accentue son incapacité croissante à élaborer et surmonter ses conflits.

Un autre facteur important du pronostic est représenté par la capacité de l'adolescent à s'intéresser à son monde psychique interne, à prendre conscience mais surtout à accepter de prendre conscience de l'origine intrapsychique des difficultés présentes, à développer une certaine sollicitude face à ses conflits internes. La confrontation de l'adolescent à ces conflits intrapsychiques et la réaction qui en résulte permettent d'apprécier dans quelle mesure un travail psychothérapique est possible.

Au plan familial, la possibilité de réaménagement relationnel constitue un élément important du pronostic. Très concrètement la capacité qu'ont les parents à se mobiliser pour aider leur adolescent (en particulier en acceptant les entretiens proposés) est un bon indice. Dans un registre moins concret, la possibilité qu'ont les parents de prendre quelque distance par rapport à l'actualité du conflit avec leur adolescent, leur possibilité de faire retour sur leur propre adolescence, de maintenir par-delà l'opposition actuelle un contact empathique avec leur enfant, doivent être prises en compte. Les manifestations bruyantes représentent souvent pour l'adolescent un moyen plus ou moins conscient de tester ses limites propres, mais aussi de tester l'intérêt que peut avoir son entourage, surtout ses parents, à l'égard de son monde intrapsychique. Son apparente et fréquente opposition à une consultation médico-psychologique en même temps que son acceptation assez facile dès que ses parents insistent, illustrent ce double mouvement à la fois d'opposition et de quête de leur intérêt.

Aussi bien par rapport à l'adolescent que par rapport à sa famille, la manière dont le consultant est investi, les modifications secondaires, soit à ses conseils, soit plus directement aux interprétations d'essai qu'il a pu

proposer, le travail intrapsychique effectué par l'adolescent d'une consultation à l'autre, tous ces éléments sont des indices précieux à la fois pour le pronostic et pour la motivation à engager, puis à suivre une thérapie ; mais nous rejoignons là le troisième axe de ces entretiens d'évaluation.

LES BASES DE L'APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Le but de ces deux a trois entretiens d'évaluation est de déboucher sur une proposition thérapeutique. Toutefois, dans un nombre important de cas, ces entretiens auront eu par eux-mêmes une valeur thérapeutique et auront permis une élaboration intrapsychique et/ou un réaménagement relationnel intrafamilial. Ces consultations thérapeutiques telles que les a définies Winnicott, sont possibles dans la mesure où comme cet auteur l'a précisé :

– il existe une profonde motivation parentale ;

– le symptôme présent n'est pas surdéterminé (plusieurs problèmes ou conflits sont représentés par cette conduite).

Dans la majorité des cas cependant, la mise en place d'un cadre thérapeutique est nécessaire. L'abord thérapeutique et les diverses stratégies possibles sont traités dans la cinquième partie de cet ouvrage (*cf.* chap. 21, p. 607).

LES PREMIERS ENTRETIENS : CONSEILS PRATIQUES

Après un bref aperçu des principes et objectifs sous-tendant la conduite de ces deux à trois entretiens d'évaluation, nous donnerons ici quelques recommandations pratiques. En aucun cas celles-ci ne doivent être comprises comme des recettes ou comme des règles intangibles : il s'agit de propositions vers lesquelles il nous a paru utile de tendre tout en laissant au clinicien la liberté de manœuvre, la possibilité souvent utile d'une surprise, la spontanéité indispensable. Nous aborderons brièvement deux points : 1) les relations entre le clinicien, l'adolescent et sa famille ; 2) la séquence de ces deux à trois entretiens.

LES RELATIONS CONSULTANT-ADOLESCENT-PARENTS

Pour le consultant, la particularité de son travail avec l'adolescent est que, d'un côté il établit avec celui-ci une relation assez proche de celle qu'il peut avoir avec un adulte, tandis que d'un autre côté, les relations nécessaires avec les parents rapprochent beaucoup la dynamique des consultations de la

pratique de psychiatre d'enfants. En effet, dans l'immense majorité des cas, la rencontre entre le consultant et les parents est nécessaire, mais le moment de cette rencontre doit être soigneusement délimité.

Dans un centre de consultations externes pour adolescents (Genève), F. Ladame (1978) avance le pourcentage suivant de premiers contacts : dans 20 % des cas le contact est pris par l'adolescent seul, dans 37 % des cas par les parents, dans 22 % des cas par un médecin, un travailleur social ; dans 6 % des cas par l'école ou l'employeur (selon l'auteur le faible pourcentage des cas signalés par l'école tient probablement au fait que l'école possède son propre service social et psychologique).

Quel que soit le mode de contact initial, nous préconisons la démarche suivante : le premier entretien a lieu avec l'adolescent seul, surtout s'il s'agit d'un grand adolescent (plus de 16 ans). En pratique, deux problèmes se posent dans quelques cas : 1) parfois les parents occupent trop aisément le devant de la scène et ont tendance à anticiper sur la parole de leur adolescent ; 2) parfois l'adolescent refuse que le consultant rencontre ses parents ou refuse d'être présent à l'entretien avec ses parents.

Il nous paraît préférable d'éviter une rencontre préalable avec les parents. Dans quelques cas les parents, ou parfois l'un d'eux, tiennent absolument à rencontrer préalablement le consultant. Chaque fois il nous a semblé que l'adulte cherchait d'emblée à inclure ce nouvel adulte dans sa propre zone de contrôle, que cette manœuvre avait tendance à rejeter l'adolescent dans le champ du pathologique en créant une coalition parents-consultant. Alors qu'en général, avec un enfant de moins de 12-13 ans, nous écoutons volontiers les parents d'abord en présence de leur enfant, à partir de 13-14 ans, il nous paraît souhaitable d'entendre d'abord l'adolescent. À noter que certains adolescents très perturbés ou qui maintiennent avec leurs parents un lien de dépendance agressif et parfois même haineux, cherchent à tout faire pour venir à la consultation sans y être vraiment, par exemple en étant ivres ou en ne se présentent pas au rendez-vous prévu dans la salle d'attente, ou assommés de médicaments : ils se dérobent alors par des phrases : « demandez à mes parents, ils vous expliqueront mieux que moi… ; je suis fatigué, ils vont vous raconter, etc. » De telles manœuvres vont dans le sens d'une accentuation de la passivité de l'adolescent, passivité dont il se servira ensuite face au consultant en évitant toute implication personnelle, et en renvoyant au discours parental.

À l'opposé, il est des adolescents, en particulier après 16 ans, qui refusent l'éventualité d'un entretien parents-consultant. Cela advient rarement, mais dans notre pratique, cette attitude témoignait en général d'interactions plutôt pathologiques et très stéréotypées entre parents et adolescents, ou encore s'observait quand l'un des parents présentait une déviance manifeste : maladie mentale, alcoolisme grave, débilité, etc. Par ce refus l'adolescent cherche soit à protéger l'image de ses parents, soit à masquer l'aspect pathologique de la relation. Dans les deux cas la réalité est pour l'adolescent une source de gêne, de honte narcissique ; ce dernier cherche à travers la relation

avec le consultant une image parentale substitutive, idéalisée, qu'il craint de voir « contaminer » si ce consultant rencontre les parents réels ou encore de se sentir lui-même dévalorisé à travers la dévalorisation profonde qu'il porte à ses parents, et qu'il attribue aussi de façon projective au consultant.

Dans tous les cas, au cours de ces entretiens d'évaluation, il nous semble utile que le consultant marque sa volonté de rencontrer les parents, même si l'adolescent y est hostile. Il peut toutefois temporiser, mais après avoir clarifié avec celui-ci les motifs possibles de ce refus.

Le plus souvent l'adolescent accepte et semble même satisfait que le consultant propose un entretien avec les parents. Là encore, après l'avoir assuré du secret des informations échangées entre adolescent et consultant, il nous paraît souhaitable que le consultant ne rencontre les parents qu'en présence de l'adolescent. Lorsqu'il existe à l'évidence des problèmes graves chez l'un des parents ou une pathologie du couple évidente, le consultant devra choisir dans sa stratégie d'approche thérapeutique l'axe qu'il doit privilégier, en sachant qu'il ne pourra pas tout faire : être le thérapeute de l'adolescent, de l'un des parents, du couple parental et des interactions familiales, etc.

Lorsqu'il s'agit d'un problème complexe où se trouvent intriqués une psychopathologie inquiétante chez l'adolescent, des difficultés psychiques anciennes chez l'un des parents, un conflit latent, larvé, mais ancien dans le couple, des interactions familiales perturbées…, le consultant doit savoir qu'il a très peu de possibilité de se placer en thérapeute potentiel de l'un ou l'autre des membres de la famille. Le plus souvent, surtout s'il s'agit d'un premier contact psychiatrique, les risques de rupture sont grands, aussi bien chez l'adolescent que chez les parents. La préoccupation première du consultant nous paraît résider alors dans le souci de mettre en place des axes thérapeutiques ultérieurs avec d'autres thérapeutes : psychothérapie de l'adolescent, thérapie familiale, psychothérapie d'un parent, hospitalisation, placement en internat thérapeutique.

Cependant, lorsqu'on est confronté à l'habituelle situation de conflit aigu sans qu'une pathologie précise ne soit déjà figée, les entretiens d'évaluation avec les parents et l'adolescent fournissent à la fois des éléments d'informations synchroniques actuels et diachroniques historiques.

LA SÉQUENCE DES ENTRETIENS D'ÉVALUATION

Nous serons très bref, car bien évidemment la diversité est extrême d'une famille à l'autre. Avant d'avancer des propositions thérapeutiques, sauf cas d'urgence et d'évidence diagnostique (tel par exemple qu'un épisode psychotique aigu), deux à trois entretiens nous semblent nécessaires.

La dynamique du premier entretien est dominée par la nature du contact avec l'adolescent, et lorsque les parents sont présents, par l'évaluation du

type d'interactions familiales. Très souvent cet entretien est pris dans l'actualité des conduites de l'adolescent, dans la pression exercée par le conflit entre les parents et leur enfant, par un certain climat d'urgence.

Le second entretien est d'une tonalité souvent très différente dominée parfois par l'aspect défensif voire même le retrait. Les mécanismes de défense face à l'angoisse, aux manifestations symptomatiques, aux surprises mobilisées lors de la première rencontre occupent souvent le devant de la scène : banalisation, refoulement, fuite dans la « santé », déni des difficultés, clivage. Au contraire en cas d'investissement positif persistant, la reprise des thèmes évoqués, une remémoration, une mobilisation d'affects et de fantasmes témoignent des attentes transférentielles, de l'intérêt pris aux entretiens d'investigation et parfois aussi d'une détente symptomatique réelle qui n'est ni déni, ni banalisation, ni refoulement exacerbé. Dans l'un comme l'autre cas, ce second entretien permet ainsi d'évaluer un paramètre important : la tolérance à la frustration et la capacité de mentaliser cette éventuelle recrudescence tensionnelle. En effet, le premier entretien n'apporte pas la solution magique aux problèmes ni un effacement immédiat des difficultés. Certains adolescents et leur famille ne tolèrent pas cette attente et cette frustration relative. « Ça ne sert à rien », « c'est toujours pareil » peuvent dire à tour de rôle adolescent et/ou parents. D'autres s'installent dans une position défensive et passive mettant en avant le fait d'avoir « donné » lors du premier entretien (« on a tout dit », « j'ai rien d'autre à dire »). Ils attendent en retour ce que maintenant le consultant va « donner », tentant par l'établissement d'une symétrie factice de prendre le « contrôle » de la situation clinique.

Les entretiens suivants témoignent chez l'adolescent de la qualité de ses investissements aussi bien dans la personne du consultant que dans le fait d'être ainsi amené à parler de soi à quelqu'un. Il est important de distinguer ces deux plans. L'investissement d'allure transférentielle sur la personne du consultant est assez facile à repérer, il est même parfois d'une rapidité de déploiement et d'une intensité tout à fait caractéristique de la relation adolescent-consultant. Mais quand il est massif et envahissant, ce transfert est en général sous-tendu par un fantasme de séduction et une croyance magique ou projective en la supposée toute-puissance du consultant qui sont autant d'obstacles dans l'investissement du travail d'introspection, d'auto-observation et de capacité croissante à parler « de soi à quelqu'un ». Le consultant sera donc attentif non seulement aux éventuelles manifestations directement transférentielles (attente des entretiens) mais aussi à la capacité pour l'adolescent de réévoquer un thème déjà abordé, de tenir compte de ce qui a déjà été dit, d'apporter un matériel nouveau, d'énoncer un problème volontairement occulté lors des premières rencontres, d'aborder le domaine des rêveries, fantaisies et fantasmes, etc.

Lorsqu'une prescription médicamenteuse a été proposée, ces entretiens servent aussi à en évaluer les effets, constater les modifications symptomatiques,

la fréquente émergence d'un problème nouveau, l'observance des prescriptions par l'adolescent ou le contraire.

La séquence des entretiens permet non seulement une évaluation dynamique de l'adolescent lui-même mais aussi de sa famille et de ses capacités de mobilisation. En effet, la mobilisation familiale se laisse voir à travers l'intérêt pris par les parents à ces entretiens, leur demande et/ou accord pour y participer, les éventuels réaménagements opérés ou inversement les renforcements défensifs, l'accentuation des confusions interindividuelles, une recrudescence des divers passages à l'acte, etc. Ces paramètres sont des indicateurs précieux pour prendre certaines décisions thérapeutiques telles qu'une thérapie familiale ou une séparation sous forme d'une hospitalisation ou plus encore d'un départ en internat, en foyer (voir aussi : La consultation thérapeutique, chap. 22, p. 620).

Au terme de ces entretiens, s'il apparaît que l'adolescent présente des conduites témoins d'une organisation psychopathologique qui a toutes les chances d'entraver le déroulement normal du processus de l'adolescence, il est utile que le consultant fasse clairement part à l'adolescent lui-même et à ses parents, de la gravité de son évaluation et du traitement qui lui paraît nécessaire. Le mérite du point de vue génétique dans la compréhension de l'adolescence (l'adolescence comme processus de développement et plus précisément comme seconde phase de séparation-individuation) nous paraît être précisément d'avoir focalisé l'attention sur le devenir à l'âge adulte des conduites actuelles et leur potentiel d'entrave d'un tel développement. Ceci s'oppose au point de vue dynamique où le risque est de banaliser les manifestations en en faisant le simple témoin de la « crise d'adolescence » avec pour conséquence, « d'attendre et voir venir ». M. Laufer (1983), qui adopte le premier point de vue, est très explicite lorsqu'il déclare « j'exige d'eux (les parents et l'adolescent) qu'ils réalisent une partie du déni de la gravité du problème qui peut avoir duré pendant un long moment avant le traitement, et peut-être avant que la pathologie ne soit reconnue ». Cette sorte de dramatisation du problème permet, selon l'auteur cité, la mise en place du cadre thérapeutique, favorise la mobilisation et la motivation au traitement de l'adolescent et de sa famille, et permet la poursuite de ce traitement, ce qui, *in fine* constitue l'un des objectifs essentiels de ces entretiens d'évaluation.

LE BILAN PSYCHOLOGIQUE À L'ADOLESCENCE[1]

Souvent mis au même rang que des techniques d'exploration en laboratoire, l'examen psychologique est assimilé par certains praticiens à un examen

1. Paragraphe rédigé par Nicole Duplant, psychologue, unité pour adolescents, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital de la Salpêtrière, Paris.

complémentaire permettant de cerner objectivement le fonctionnement psychique d'un individu à la fois dans ses dimensions intellectuelles, instrumentales, et affectives ; ce serait réduire l'examen psychologique à l'application d'un ensemble de techniques (les tests) ; ce serait oublier l'importance du cadre relationnel dans lequel cet examen se déroule et celui dans lequel cet examen est prescrit ou, préférerions-nous dire, proposé à l'adolescent.

En effet, la proposition d'un examen psychologique doit passer par l'acceptation du sujet et certaines conditions d'application ; ce qui pose souvent quelques problèmes pratiques au clinicien qui s'occupe d'adolescents.

LES DIFFICULTÉS DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE À L'ADOLESCENCE : COMMENT LES RÉSOUDRE ?

Les praticiens appréhendent souvent la rencontre avec un adolescent parce qu'ils ont en tête une sorte de portrait-robot d'un adolescent tantôt réticent, tantôt inhibé, ayant souvent du mal à traduire verbalement un malaise qu'il exprime plutôt dans de multiples passages à l'acte plus ou moins spectaculaires ou violents.

Nombre de praticiens, qu'ils soient médecins ou psychologues, redoutent donc de proposer à l'adolescent un examen psychologique que celui-ci risquerait de vivre comme une attaque en règle menaçant le précaire échafaudage que constituent par exemple les réactions de prestance ou l'inhibition.

Pourtant, il semble possible d'aménager la présentation de l'examen psychologique pour que l'adolescent ne le ressente pas comme une attaque intrusive.

Proposer un bilan psychologique. — Actuellement, la plupart des psychologues praticiens auprès d'adolescents souhaitent parler de bilan psychologique plutôt que d'examen psychologique. Le mot bilan implique l'évaluation d'une situation actuelle, avec la mise en évidence d'un passif, mais aussi d'un actif. Ceci engage la passation des tests dans une tout autre dimension que l'intraitable mise à l'épreuve des capacités. Ceci ouvre déjà la perspective d'une possibilité de changement par rapport à la situation de crise qui a souvent déclenché les premières consultations. Si le clinicien présente ainsi les objectifs du bilan psychologique, l'adolescent se sentira davantage invité à participer plutôt qu'obligé de subir un examen avec tout ce que cela sous-entend de performances à accomplir et d'intrusions dans son monde intérieur à supporter ; en proposant à l'adolescent de participer activement à un bilan de sa situation actuelle, le psychologue se dégage lui-même d'une image d'examinateur investi de qualités toutes bonnes ou toutes mauvaises, manipulant des outils dont la toute-puissance mythique lui permettrait à tout coup d'accéder à ce qui aurait été inaccessible au clinicien

qui demande le bilan psychologique au terme d'un ou plusieurs entretiens préalables. Le psychologue et le clinicien donneront donc à l'adolescent une chance importante de bien investir le bilan psychologique en n'en négligeant pas la présentation. Le psychologue a une autre tâche à accomplir.

Comprendre la dynamique relationnelle dans laquelle la demande d'examen psychologique surgit. — S'il est nécessaire au psychologue de bien évaluer les charges affectives inhérentes à la situation dans laquelle il rencontre l'adolescent, il lui est également nécessaire de prendre conscience de l'enjeu que ce bilan représente pour tous ceux qui en attendent anxieusement les résultats. L'adolescent est, dans ce moment du bilan, objet de multiples inquiétudes. Le clinicien réclame parfois l'intervention du psychologue parce qu'il est confronté à un problème diagnostique. Les parents adhèrent facilement à la proposition d'examen psychologique parce qu'ils souhaitent être rassurés sur la normalité de leur enfant. La précipitation des adultes à conseiller à l'adolescent le bilan psychologique risque donc d'accroître le propre désarroi de l'adolescent face à sa vie intérieure, désarroi contre lequel il lutte soit par le déni de sa souffrance, soit par une quête anxieuse de celui qui le rassurera aussi sur sa normalité.

Le psychologue incarne pour l'adolescent le représentant de tous les adultes inquiets à son sujet; il risque donc de recueillir toutes les conséquences de ces substitutions, soit par l'exacerbation des défenses, soit par une exagération plus ou moins inconsciente de la part de l'adolescent de la morbidité des thèmes exprimés. L'interprétation des protocoles recueillis dans de telles circonstances doit tenir compte de cette dynamique compliquée. L'adolescent peut être conduit à se montrer encore plus « fou » que les adultes ou lui-même craignent qu'il soit.

La décision du bilan psychologique doit obéir à une réflexion commune de la part du clinicien et du psychologue plutôt qu'à une impulsion prise dans l'inquiétude.

Importance du moment où le bilan psychologique est proposé à l'adolescent. — La décision du moment où proposer le bilan psychologique est cruciale. Le psychologue doit se dégager de toute notion d'urgence qui ne ferait qu'accentuer les difficultés de l'examen et concourir à la dramatisation d'un climat général souvent suffisamment tendu. Son intervention ne s'avérera fructueuse que dans un moment où l'adolescent semble prêt à commencer à s'interroger sur lui-même, après avoir un peu mis à distance ceux qui ont fait pression pour qu'il consulte ou soit pris en charge. L'intervention du psychologue est assez différente en consultation et en hospitalisation.

1) *En consultation*. — Il est rare que l'adolescent demande lui-même à consulter; il est souvent amené en consultation par ses parents ou bien ceux-ci

sont eux-mêmes conseillés par un tiers (pédagogue, médecin scolaire, médecin généraliste, intervenant social…). Il est donc rare que l'adolescent soit d'emblée mobilisable pour participer à un bilan psychologique. Un « examen » psychologique imposé systématiquement dès la première consultation ne sera jamais aussi fructueux que le bilan proposé après quelques entretiens. Il faut laisser à l'adolescent la possibilité de s'individualiser sans réticence ni inhibition par rapport aux consultations ; dès lors clinicien et adolescent envisageront le bilan psychologique comme le moyen de s'apporter mutuellement des informations nouvelles. La perspective du bilan psychologique doit toujours s'inscrire dans une possibilité d'ouverture ou de changement et ne pas seulement se résumer à une contribution diagnostique dont les termes pronostiques souvent associés, sont trop figeants pour une telle période de mouvance.

2) *En hospitalisation*. — Le bilan psychologique pratiqué au cours d'une hospitalisation qui aurait pour seul objectif d'établir un diagnostic achopperait sur les mêmes limites que le bilan systématique en consultation. L'hospitalisation et la maladie l'ayant nécessité représentent pour l'adolescent une expérience douloureuse à laquelle il serait inutile d'ajouter l'épreuve d'une investigation psychologique à seule fin diagnostique.

Le bilan psychologique sera proposé à l'adolescent plutôt en fin d'hospitalisation, comme l'occasion manifeste d'y faire la démonstration de son rétablissement après les bouleversements vécus lors de cette crise aiguë. L'évaluation du résultat des remaniements de l'équilibre psychologique de l'adolescent constitue d'ailleurs la partie la plus intéressante de l'analyse des données recueillies par le psychologue. Elle peut permettre au clinicien de mieux construire avec l'adolescent l'avenir à court et moyen terme, de l'inciter à envisager un type de prise en charge, par exemple soit institutionnelle, soit psychothérapique.

L'adolescence étant une période de changements incessants, les psychologues s'orientent d'ailleurs de plus en plus vers une interprétation dynamique des données du bilan psychologique, de préférence à une accumulation diagnostique de signes pathognomoniques de structures précises (psychotique, névrotique, prépsychotique). Le bilan psychologique apparaît de plus en plus comme un moyen d'approche clinique avec des particularités très intéressantes.

INTÉRÊTS ET NATURE DU BILAN PSYCHOLOGIQUE À L'ADOLESCENCE

Il n'existe pas de tests réservés aux adolescents : on utilise des tests applicables dès l'enfance moyenne pour les épreuves projectives et des tests psychométriques comportant des échantillons de référence.

Sens et nature des tests psychométriques. — L'utilisation de ces tests prend souvent un caractère critiquable lorsque le psychologue se contente d'une mesure du quotient intellectuel, sans approche clinique des possibilités de l'adolescent à investir les activités intellectuelles, soit pour ce qu'elles peuvent l'aider à se dégager d'une vie fantasmatique trop intense, soit pour ce qu'elles peuvent lui fournir des moyens de valorisation sociale et narcissique. L'inhibition ou le désinvestissement intellectuel ont souvent des conséquences catastrophiques quant au devenir d'un adolescent appelé rapidement à un choix professionnel et à une insertion sociale. Le psychologue ne peut donc en négliger l'éventuelle participation aux difficultés de l'adolescent en crise.

Les épreuves les plus envisagées sont les tests d'efficience intellectuelle de type Weschler (un même ensemble de sub-tests proposés à tous les âges, mais notés différemment selon l'âge). Il s'agit de la WAIS (*Weschler Adults Intelligence Scale*) à partir de 13 ans ou du WISCR (*Weschler Intelligence Scale for children* – Forme révisée) jusqu'à 16 ans 1/2.

L'étude des variations de l'efficience (Scatter) aux divers sub-tests fournit des données cliniques intéressantes, notamment sur les décalages qui peuvent se produire entre certaines notes en fonction de troubles instrumentaux persistants à cet âge, de difficultés émotionnelles ou de troubles cognitifs proprement dits.

Les épreuves inspirées des théories piagétiennes comme l'EPL (Échelle de pensée logique de Longeot) constituent un complément fructueux à l'examen cognitif dans les cas où ces décalages dans les différents secteurs du fonctionnement intellectuel s'observent (dysharmonie cognitive) et permettent de tester l'homogénéité des niveaux de développement de la pensée logique. Les travaux effectués par B. Gibello et coll. (1983), sur des enfants et des adolescents en situation d'échec scolaire ont montré que nombre de ceux-ci raisonnent à des niveaux différents de pensée (stades concret, opératoire, préformel ou formel) selon les épreuves qui leur sont proposées (*cf.* chap. 1, Le modèle cognitif et éducatif).

Sens et nature des tests projectifs. — Les test projectifs sont utilisés depuis une quarantaine d'années. Il s'agit de proposer au sujet un matériel suffisamment informel pour qu'il y projette sa personnalité selon sa propre manière de percevoir la réalité et d'organiser son expérience émotionnelle face à ce réel. Les psychologues se sont souvent interrogés sur la nature même de ce processus projectif. Pour D. Anzieu (1965), il s'agit d'une œuvre créatrice qui fait appel à la perception, à l'imagination, à l'association d'idées et à l'expression verbale. C'est une œuvre d'expression qui n'est pas totalement libre puisque sollicitée par un matériel préexistant, mais c'est aussi une expression dépendante du lien établi entre le psychologue et le sujet. C. Chabert et N. Rausch de Traubenberg (1982) y voient l'effet d'une rencontre entre le psychologue et le sujet « médiatisée par l'existence matérielle d'un objet tiers (le matériel du test) » et établissent une parenté entre le fonctionnement solli-

cité par les épreuves projectives et l'aptitude à jouer (au sens du *playing* de Winnicott). Cette rencontre se développe dans un *espace transitionnel entre réel et imaginaire*. Pour d'autres psychologues, la situation projective est une situation *non de paradoxe*, mais de *conflit* puisqu'elle invite le sujet à l'expression de soi tout en respectant la réalité. Dans tous les cas, la situation projective est une invitation faite au sujet à construire un aménagement entre réalité et fantasme. Cet aménagement se situe dans la zone de la normalité lorsqu'il s'établit selon une souplesse de fonctionnement mental alliant la réalisation des potentialités intellectuelles, l'expression fantasmatique sans débordement désorganisant l'adaptation au réel et l'intégration sociale, sans répression excessive de la vie affective et sans réduction des capacités créatives.

Les psychologues abordent désormais les réponses proposées par le sujet comme la résultante du compromis entre exigences de la réalité extérieure et exigences intérieures.

C'est dire l'intérêt d'application de ces épreuves en une période comme l'adolescence qui met justement en cause les possibilités de l'adolescent d'établir un équilibre entre sa vie intérieure renouvelée et les exigences sociales, dans un mouvement dialectique entre progression et régression.

Le test de Rorschach est une épreuve invitant à la fois à une activité perceptive créative et à une expression imaginaire personnelle. Ce test est particulièrement sensible à la projection de l'image du corps et à celles des imagos parentales support d'identification (travaux de N. Rausch de Traubenberg, 1978-1979). C'est dire l'intérêt des données recueillies grâce à la passation de ce test sur l'intensité des perturbations et les possibilités de réorganisation de l'image corporelle dans ce temps de remaniement pubertaire. Les protocoles de Rorschach d'adolescents permettent de repérer rapidement les problèmes d'identification sexuelle et leur type. C'est également un outil capable d'aider à détecter un risque suicidaire ainsi qu'un risque d'évolution vers un processus dissociatif chez les adolescents ayant présenté un épisode délirant aigu ou s'enlisant dans l'apragmatisme, la désinsertion scolaire et/ou sociale.

Le TAT (Thematic Aperception Test) est une épreuve thématique qui offre la possibilité de cerner les capacités de l'adolescent à conflictualiser les situations duelles ou triangulaires présentées sur les images du test, à s'en dégager sans trop entamer ses besoins personnels fondamentaux. Cette dynamique relationnelle est perceptible à la lecture des récits proposés par l'adolescent pour chaque image, sans que les mécanismes défensifs nuisent à l'expression de sa problématique personnelle. Les travaux de V. Shentoub visent à une analyse des mécanismes de structuration verbale des récits qui témoignent des capacités d'élaboration mentale ; ils visent aussi à une technique d'évaluation de la résonance fantasmatique, c'est-à-dire de la possibilité de l'adolescent à « jouer » les niveaux divers de sa vie affective (génitaux et prégénitaux).

Le test du Village, rarement utilisé, sauf auprès des jeunes délinquants (travaux de M.T. Mazerol, 1969) est cependant une épreuve « déréalisante », bien acceptée par les adolescents : on propose un matériel ludique susceptible de les inciter à la régression, mais aussi à une activité créatrice originale (construire un village à son idée). Les travaux de M. Monod (1970) ont permis de repérer, à travers l’analyse symbolique de l’espace de construction du village une zone représentative de l’investissement du Moi et de sa cohérence interne.

Malgré l’absence des travaux proposant des données normatives stables pour l’ensemble des tests projectifs à l’adolescence, leur application est d’un grand intérêt clinique. Les épreuves projectives permettent de saisir quelques instants de la mouvance extrême des adolescents et peuvent apporter à l’adolescent lui-même les moyens de se percevoir fugitivement, soit dans ses contradictions, soit dans la permanence de certaines préoccupations.

En revanche, l’application des épreuves de type questionnaire comme le MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) se heurte à certaines difficultés. L’adolescent les vit souvent comme des épreuves très fastidieuses. En outre, le MMPI ne peut pas être proposé avant 16 ans puisqu’il n’a pas été validé pour les jeunes adolescents. D’autre part, cette épreuve exige un bon niveau de compréhension verbale, sinon un bon niveau culturel : les questions sont posées fréquemment sous une forme verbale doublement négative, leur traduction de l’américain est parfois trop littérale et l’adolescent se désintéresse vite de questions qui lui paraissent très éloignées de son monde quotidien actuel.

Apports du bilan psychologique dans le vécu des adolescents : la médiatisation et l’apport narcissique. — Le matériel des tests médiatise l’expression en ce sens qu’il offre un support aux projections qui ne sont plus vécues par l’adolescent comme le fruit de sa « folie », mais comme celui du matériel lui-même. La parole perd alors souvent de ce caractère persécuteur et angoissant qu’elle suscite parfois chez les adolescents qui préfèrent l’agir. Le matériel autorise l’adolescent à penser et surtout à exprimer sa pensée sans qu’elle soit dangereuse pour ceux à qui elle s’adresse puisque cette pensée est justifiée par l’existence même du matériel.

Enfin, le bilan psychologique à l’adolescence peut devenir l’occasion d’une mise à l’épreuve narcissique qui n’aboutit pas forcément à un constat d’échec et d’anormalité. L’adolescent peut au contraire y trouver un moyen de valorisation narcissique et de constitution de soi hors le regard des parents, des éducateurs ou des congénères, pourvu qu’il se sente soutenu plutôt que mis en cause.

Le bilan psychologique se révèle parfois être le levier d’une demande d’aide psychothérapique chez un adolescent intrigué par ses interactions qui deviennent pour lui, dans la confrontation au réel, objet de travail interne.

Il appartient donc au psychologue de se situer dans une relation de confiance avec l'adolescent, de profiter du caractère unique et momentané de cette rencontre pour donner à l'adolescent les moyens de se reconstituer narcissiquement (comme dans un travail de création artistique ou littéraire) face à un ensemble d'épreuves projectives et psychométriques présentées à lui comme moyen d'expression.

Il appartient au clinicien de ne pas demander à l'adolescent la passation d'un bilan psychologique comme il lui prescrirait un examen complémentaire pour l'aider dans son diagnostic. Cette attitude renforcerait l'adolescent dans un vécu purement persécutif des tests.

Psychologues et cliniciens ont ensemble à résister aux pressions anxieuses de ceux qui entourent l'adolescent dans sa vie quotidienne, mais aussi à résister à leur propre désir d'investigation et à leur propre inquiétude sur l'état psychique de l'adolescent afin de mieux différer la décision du bilan jusqu'au moment où l'adolescent pourra y voir une occasion d'ouverture, de changement et de réassurance narcissique au décours d'une crise plus ou moins déstructurante pour lui, le déplacement devant s'opérer de la curiosité du clinicien et du psychologue à celle de l'adolescent à son propre égard.

BIBLIOGRAPHIE

BRUSSET B. : La démarche diagnostique dans la pathologie de l'adolescent. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, *26*, 10-11, 559-567.

CHABERT C., RAUSCH DE TRAUBENBERG N. : Tests de projection de la personnalité chez l'enfant. *EMC : Psychiatrie*, 1982, 37190, B 10-2.

LAUFER M. : Psychopathologie de l'adolescent : quelques principes d'évaluation et de traitement. *Adolescence*, 1983, *1*, 1, 13-28.

MARCELLI D. : L'entretien avec l'adolescent et son évaluation. *EMC : Psychiatrie*, 1999, 37213, A 10.

WIDLÖCHER D. : La question du normal et du pathologique à l'adolescence. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, *26*, 10-11, 533-537.

ANZIEU D. : *Les méthodes projectives*. PUF, Paris, 1965.

BRACONNIER A. : Hygiène mentale de l'adolescent. *EMC : Psychiatrie*, 1982, 37960, D 50.

GIBELLO B. : Dysharmonie cognitive. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, n° 9.

GIBELLO M.L., GIBELLO B., SANGLADE A. : L'examen psychologique de l'enfant : les tests d'intelligence, d'aptitude et de raisonnement. *EMC : Psychiatrie*, 1983, 37180, C 10-2.

LADAME F.G. : Conception et fonctionnement du service de psychiatrie pour adolescents de Genève. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, *26*, 10-11, 571-579.

MAZEROL M.T. : Contribution à l'étude des personnalités délinquantes : Apport du test du Village. *Annales de Vaucresson*, 1969, n° 8, 1966, n° 4.

MONOD M. : *Le test du Village* : *Technique projective non verbale*. *Manuel d'Application*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1970.

RAUSCH DE TRAUBENBERG (en collaboration avec M.F. BOIZON et C. CHABERT) : Représentation de Soi. Identité. Identification au Rorschach chez l'enfant et l'adulte. *Psychologie Française*, 1978-1979, *XXXII*, n° 3 à 7.

SHENTOUB V. : TAT Test de Créativité. *Psychologie Française*, 1981, *26*, n° 1.

SHENTOUB V., DEBRAY R. : Fondements théoriques du processus TAT. *Bull. Psychol.*, 1970-1971, *24*, n° 292.

4 ÉPIDÉMIOLOGIE DES CONDUITES

Les données épidémiologiques s'accumulent : elles représentent une part importante si ce n'est exclusive de la grande majorité des études cliniques contemporaines. Leur diffusion a été grandement facilitée par l'utilisation systématique des classifications actuelles en particulier la DSM dans ses diverses versions. En isolant des « troubles », entités catégorielles supposées distinctes les unes des autres, très centrées sur les comportements visibles et de ce fait aisément repérables, ces classifications répondent parfaitement à la logique de repérage et de comptage de l'épidémiologie descriptive. La mise au point d'échelles plus ou moins spécifiques (échelles d'anxiété, de dépression, d'événements de vie, de qualité de vie, etc.) facilite ce dénombrement. Les catégories « comorbidités », inhérentes à la logique catégorielle de ces classifications, apportent de surcroit une apparente complexité autorisant des études épidémiologiques analytiques plus fines à la recherche des associations morbides ou des « facteurs de risque » les plus saillants.

Concernant l'épidémiologie descriptive, l'intérêt de ces études en termes de santé publique et de besoin communautaire ne se discute pas (par exemple : l'expertise de l'Inserm, 2002), mais pour le clinicien dont la démarche reste singulière, centrée sur le sujet, leur utilité est plus discutable. Cependant ce point de vue, justifié en position de thérapeute, l'est moins en position de consultant, en particulier dans le cadre d'un travail institutionnel public : les propositions de soin doivent évidemment tenir compte de l'intensité des perturbations et du risque évolutif ultérieur. Sur ce point les études épidémiologique analytiques apportent des renseignements pertinents.

Il convient donc de bien différencier l'épidémiologie descriptive de l'épidémiologie analytique et aussi de ne pas faire de confusion de plan : santé publique et santé individuelle ne participent pas de la même logique. Ce qui est pertinent pour les uns peut ne pas l'être pour les autres. Faute d'avoir été suffisamment vigilente à ces différences de plan, l'enquête française Inserm (2005) fut l'objet d'une intense polémique et d'un relatif rejet par les professionnels de santé.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE

CONDUITES PATHOLOGIQUES ET MALADIES

Les enquêtes épidémiologiques permettent de définir pour une conduite particulière (tentative de suicide, conduite boulimique, consommation d'un produit toxique, etc.) ou une « maladie » (anorexie mentale, boulimie nerveuse, dépression, etc.) les taux de :

– ***prévalence :*** nombre de cas de maladies ou de malades ou de tout autre événement dans une population donnée sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens. Exprimée en proportion par rapport au nombre d'individus, elle doit toujours être précisée dans le temps ;

– ***incidence :*** nombre de cas nouveaux de maladies ou de traits qui sont apparus pendant une période donnée dans une population définie ;

– ***morbidité :*** sommes des maladies ou des traits qui concernent un individu ou un groupe d'individus dans un temps donné ;

– ***mortalité :*** taux de mortalité : rapport qui existe entre le nombre de décès et le chiffre de la population où ils se sont produits pendant un temps déterminé.

Ces renseignements sont nécessaires pour connaître les besoins sanitaires d'une population particulière mais aussi pour apprécier l'évolution naturelle d'une pathologie et affiner les connaissances catamnestiques. On retrouvera ces données pour telle ou telle conduite en début de chacun des chapitres suivants.

– ***Prévalence toute pathologie confondue :*** les taux de prévalence pour l'ensemble des troubles psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent oscillent autour de 12,3 % (F. Verhulst, 1995 ; Inserm, 2002), taux retrouvé dans l'étude française de E. Fonbonne (1994 : 12,4 %). Ces taux seraient légèrement plus élevés au moment de l'adolescence mais les études épidémiologiques distinguent rarement enfance et adolescence de façon stricte. Certains troubles apparaissent ou augmentent franchement à l'adolescence (trouble du comportement alimentaire, dépression et tentatives de suicide), d'autres évoluent entre l'enfance et l'adolescence, tels les troubles anxieux avec la diminution relative de l'angoisse de séparation chez l'adolescent et l'apparition d'attaque de panique dont la prévalence semble corrélée au stade de Tanner (Hayward et coll., 1992).

FACTEURS DE RISQUE

À côté de ces renseigements descriptifs, les enquêtes épidémiologiques dites analytiques cherchent aussi à cerner les caractéristiques de sous-populations plus précises. Ceci permet de repérer des corrélations (odd ratio) ou des « facteur de risque » dont la présence accroît la probabilité de survenue

d’une conduite ou d’un état pathologique. Ces facteurs de risque ne sont pas des facteurs de causalité. Ils doivent par conséquent être distingués des mécanismes explicatifs mais ils permettent de repérer des « groupes à risque » au sein de la population. Un « groupe à risque » constitue un sous-ensemble de la population qui partage un certain nombre de caractéristiques, de traits ou de comportements similaires. Par rapport à une conduite pathologique particulière ce « groupe à risque » ainsi défini connaît un taux d’incidence, de prévalence et de morbidité augmenté de façon statistiquement significative par rapport à la population normale. À l’opposé, on peut définir des « groupes résistants » avec des « mécanismes protecteurs » mais ces derniers sont difficiles à isoler en dehors des conditions inverses de celles qui mènent à la pathologie : si l’on sait à peu près ce qui peut conduire à la pathologie, on est loin de savoir ce qui est nécessaire à la santé mentale !

En relevant ces facteurs de risque, des corrélations entre des conduites appartenant à des domaines très différents peuvent se charger d’une signification potentielle qui échappe souvent à l’évaluation d’un individu singulier par le clinicien.

La reconnaissance de « groupe à risque » devrait, dans l’idéal, avoir pour objectif de mieux préciser une politique sanitaire de prévention et d’utiliser de façon plus pertinente les moyens disponibles.

Cependant, la définition de « groupe à risque » présente aussi un danger : celui d’une désignation pathologique potentielle avec pour effet négatif un processus de stigmatisation et de « mise à l’index » ce que, en sociologie, on appelle une « prophétie autocréatrice ». L’identification d’un « groupe à risque » devrait assurément impliquer des actions de prévention communautaire (*cf.* chap. 21). En revanche, cela ne doit pas conduire à stigmatiser un individu ou une famille par une prédiction négative, ce qui risquerait d’aboutir à l’effet inverse, les individus ainsi désignés/stigmatisés développant une véritable « prévention » à l’égard des systèmes de soins. Dans le cadre d’une démarche individuelle, l’alliance de soin et l’alliance thérapeutique représentent l’indispensable socle à une intervention efficace.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET SOIN INDIVIDUEL

Pour le clinicien l’évaluation psychopathologique individuelle, en particulier le point de vue psychodynamique, doit être pondéré à la lumière des connaissances épidémiologiques actualisées. Il ne s’agit pas d’effectuer un « étiquetage pathologique » supplémentaire mais bien plutôt, alors que les facteurs psychologiques individuels, la qualité du contact avec l’adolescent lui-même peuvent apparaître rassurants, de savoir que d’autres facteurs peuvent peser d’un poids tel que cet adolescent ne pourra se dégager des contraintes imposées.

À titre d'exemple lorsqu'un adolescent présente des difficultés, la qualité des relations familiales est un paramètre d'évaluation important. Les études épidémiologiques montrent certes qu'il vaut mieux avoir de bonnes relations plutôt que des relations hostiles à ses parents (en particulier son père), mais elles montrent, fait plus intéressant, qu'il vaut mieux des relations avec un père ressenti comme hostile qu'une absence de relation avec un père indifférent.

Autre exemple : des épisodes d'allure boulimique sont assez fréquents entre 14 et 16 ans (28, 2 % des filles, 20,5 % des garçons ont au moins un épisode boulimique dans l'année). Chez les garçons la fréquence de ces épisodes tend à diminuer avec l'âge. Chez les filles, l'association de ces crises avec des stratégies de contrôle de poids (vomissements, régime, médicaments) qui augmentent régulièrement avec l'âge, risque de fixer la pathologie. Autant les accès boulimiques intermittents du garçon peuvent être banalisés, autant les accès boulimiques chez la fille justifient un suivi attentif.

LES VARIABLES PERTINENTES ET DISCRIMINANTES

Dans les analyses épidémiologiques sur la santé des adolescents, quatre variables apparaissent comme particulièrement pertinentes pour discriminer les adolescents les uns des autres, l'emportant souvent sur les autres paramètres.

LE PARAMÈTRE SEXE-ÂGE

Il n'y a pratiquement aucun trait comportement ou état affectif, aucune pathologie particulière qui ne présente une prévalence et une incidence très différentes selon le sexe, garçon ou fille : plainte somatique, pensée dépressive, conduite alimentaire, conduite externalisée, accidents et prise de risque, consommation de produit, ont toutes des prévalences et incidences différentes selon le sexe. Cette dernière variable l'emporte souvent sur toutes les autres pour rendre compte des différences entre individus.

En outre, l'incidence évolue avec l'âge de façon différente si bien que l'écart entre les sexes tend souvent à s'accroître avec l'âge (*cf.* fig. 4-1).

LE CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL

Quand les deux parents sont régulièrement présents, la situation matrimoniale du couple parental n'est pas toujours un facteur de différenciation pertinente ; en revanche, le climat familial et surtout la qualité du contact aux parents sont des facteurs significatifs différenciant les adolescents avec ou sans

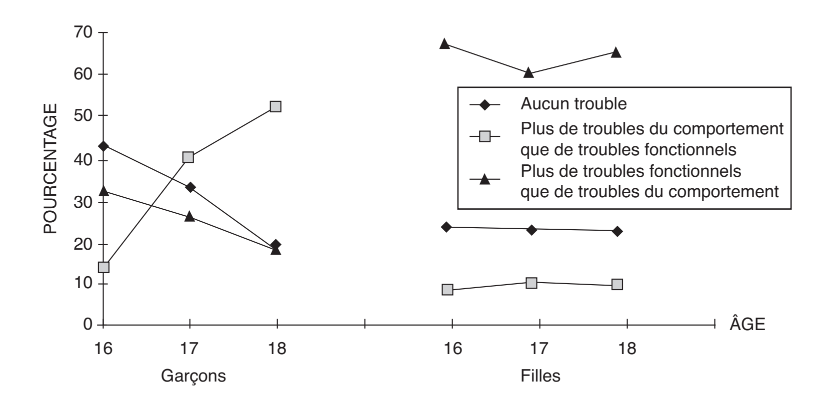


FIG. 4-1. — *Prédominance des troubles à l'âge de l'adolescence.*
(M. Choquet, S. Ledoux, H. Menke, INSERM U., 169, *La Doc. Française,* Paris, 1988).
(Trouble fonctionnel = plainte somatique, état effectif, conduite alimentaire; trouble du comportement = conduite agie, accident, consommation de produit.)

problème. Cependant, l'existence d'une relation hostile semble préférable à une indifférence du père (la mère est parfois ressentie comme hostile plutôt chez les filles à 17-18 ans, mais jamais indifférente). Cette constatation épidémiologique (forte corrélation avec certains troubles des conduites en particulier la pathologie comportementale) conforte la description psychologique du travail d'adolescence : en effet, un père ressenti comme hostile représente une limite pour l'adolescent, alors qu'un père indifférent laisse l'adolescent face à lui-même et à un manque de contenant. L'absence totale d'un parent, surtout quand il s'agit du père (situation de loin la plus fréquente) constitue toujours un facteur de risque notable (C. Gowers et coll., 1993). Enfin, les études relèvent généralement une association positive avec les classes sociales des plus basses.

LE RÔLE DE LA SCOLARITÉ

Il existe une forte corrélation entre le maintien et la poursuite d'une scolarité d'un côté et de l'autre l'existence de difficultés à l'adolescence, certains de ces problèmes étant corrélés à la qualité des études. Ainsi dans l'enquête de M. Choquet (1988), il apparaît que les élèves des cycles courts (lycées professionnels) ont plus de conduites de risque, de consommation d'alcool, de bagarres ; ils ont aussi plus de problèmes de santé alors qu'ils consultent moins souvent. Ces données sont retrouvées ensuite dans une population au chômage ou déscolarisée d'adolescents ou jeunes adultes (sondage L. Harris,

mai 92 auprès de 1 031 jeunes de moins de 25 ans en parcours d'insertion : 42 % ont des problèmes d'endormissement, 32 % des problèmes alimentaires, 60 % fument beaucoup, 30 % boivent beaucoup, 29 % ont déjà consommé une drogue, 32 % se disent « déprimés », 38 % ont pensé au suicide et 17 % ont fait une ou plusieurs tentatives, 10 % des filles ont subi une IVG enfin 13 % ne bénéficient d'aucune protection sociale et 41 % ont renoncé « quelquefois » ou « souvent » à se faire soigner en raison du coût).

Ces faits particulièrement préoccupants ne sont que l'amplification dans la tranche d'âge suivante, des données déjà retrouvées dans la tranche d'âge des 11-18 ans : le retard et l'absentéisme scolaire fréquents, l'exclusion et l'interruption de la scolarité représentent toujours des facteurs de risque majeurs pour la santé physique et psychique des adolescents.

Il est bien évident que cette exclusion ou cette rupture est un symptôme du malaise et du mal-être et non la cause de la pathologie ultérieure (*cf.* chap. 17, La scolarité à l'adolescence).

LES RELATIONS AUX PAIRS

Si l'absence totale de relations apparaît comme l'indice d'un malaise important, au plan épidémiologique l'élément le plus pertinent est, au contraire, l'intensité des relations aux pairs. L'apparition et le maintien de nombreuses conduites pathologiques (en particulier troubles du comportement) sont fortement corrélées avec l'existence mais surtout la « qualité » des relations aux pairs. De ce point de vue, la recherche d'excès (sorties très fréquentes, très tardives, avoir beaucoup de « copains », être toujours dehors…) est un indice et un révélateur de multiples conduites pathologiques.

GROUPE SANS PROBLÈME, GROUPE À PROBLÈMES

Les taux de prévalence des divers états ou conduites pathologiques seront donnés aux chapitre et paragraphe correspondants (voir TS, anorexie, boulimie, troubles du sommeil, consommation de drogue, etc.).

À titre informatif, nous donnerons sous forme de tableaux quelques résultats de l'enquête effectuée récemment par l'INSERM (U. 169, M. Choquet et coll., 1988, 1991, 1992, 1993) auprès d'adolescents scolarisés de 11 à 19 ans.

Cette enquête a étudié la vie des jeunes, leurs relations familiales, événements de vie, intérêts, loisirs, plaintes somatiques, état affectif, perception du corps, maladie somatique, accident, troubles des conduites (violence, bagarre, vol, fugue), consommation de produit, qualité de la scolarisation.

Le recoupement et le regroupement de l'ensemble des résultats a permis aux auteurs de définir trois groupes d'adolescents en fonction du nombre de problèmes que ceux-ci présentaient. Les auteurs définissent ainsi un groupe « sans problème apparent » et un groupe à « problèmes multiples », ce qui définit *a contrario* un troisième groupe intermédiaire.

GROUPE D'ADOLESCENTS « SANS PROBLÈMES APPARENTS »

Entre 16 et 18 ans, 26 % des jeunes (garçons : 32 %, filles : 19 %) n'ont présenté aucun trouble aux enquêtes successives.

Dans l'ensemble, ces jeunes sans problème apparents ont une opinion plutôt positive de leurs parents et sont satisfaits de la vie familiale. Ils se disent plutôt bien dans leur peau même s'ils se reconnaissent un peu timides. Ils aiment sortir (cinéma, sortie chez des camarades), écouter de la musique mais font peu d'excès.

En revanche, il n'y a pas de différence avec les autres groupes pour ce qui concerne la nationalité, la scolarité, l'origine socioprofessionnelle du père, l'activité professionnelle de la mère, le statut matrimonial des parents, le type d'habitat.

Dans ce groupe, l'apparition de problèmes semble corrélée avec un sentiment de fatigue chez l'adolescent, une dégradation du climat familial, une difficulté à organiser sa vie. Mais l'élément important semble être la survenue d'**événements de vie** plus fréquente : chômage, maladie des parents, hospitalisation d'un proche, divorce ou séparation parentale. Ceci témoigne clairement de la **vulnérabilité** de l'adolescent à l'environnement familial et social.

GROUPE D'ADOLESCENTS « À PROBLÈMES MULTIPLES »

Entre 16 et 18 ans, 10 % des jeunes (garçons : 6 %, filles 14 %) cumulent au moins quatre problèmes[1] aux enquêtes successives (14, 17 et 18 ans). Ces jeunes ont eu plus de problèmes de sommeil et de céphalées durant leur enfance que les autres (les problèmes de sommeil pendant l'enfance représentent donc un bon indicateur de difficultés possible à l'adolescence…).

La vie familiale est ressentie par les adolescents de ce groupe « à problèmes » comme pénible, tendue ; les parents, surtout le père, sont décrits

1. Comportements à problèmes : alcool régulier, ivresses multiples, tabac en quantité importante, essai d'une drogue illicite, bagarres fréquentes. Troubles psychosomatiques et de l'humeur, fréquemment des cauchemars, troubles du sommeil, maux de tête, envie de vomir, envie de pleurer, idées dépressives et suicidaires, nervosité.

comme soit envahissants, soit indifférents mais toujours comme manquant de compréhension. Ces adolescents se plaignent plus d'affects de tristesse, de mal-être mais sont plus souvent en groupe avec un surinvestissement de la vie relationnelle extrafamiliale, des sorties. Ils font souvent des excès.

Dans ce groupe, certains adolescents présenteront une amélioration au cours des enquêtes successives. Il s'agit plutôt des adolescents inscrits dans un cycle scolaire long, dont la famille présente un niveau socioculturel favorable, ayant à plusieurs reprises consulté leur médecin. Les antécédents psychosomatiques dans l'enfance, sont plus rares (parmi les adolescents dont les difficultés s'atténuent que parmi ceux sans amélioration). Enfin ces adolescents sortent parfois avec leurs parents qui ne sont jamais ressentis comme indifférents. On peut voir ainsi dans les traits précédents des facteurs de **« résistance »** à la pathologie.

GROUPE INTERMÉDIAIRE

Sans que les auteurs le citent, la définition des deux groupes précédents isole un troisième groupe intermédiaire. Ce groupe qui pourrait représenter une majorité d'adolescents entre 16 et 18 ans (63 % environ : 65 % de filles, 60 % de garçons) est constitué d'individus présentant un à trois « problèmes ». On peut voir dans la fréquence de ces manifestations la trace clinique du travail psychique de l'adolescence, ce qui sans définir un état pathologique proprement dit, témoigne cependant de la « vulnérabilité » individuelle des adolescents. Si à cette vulnérabilité individuelle liée au travail psychique de l'adolescence, s'ajoutent des facteurs de risque familiaux et en plus des facteurs de risque environnementaux, on conçoit aisément, par le cumul des facteurs les dangers d'une décompensation pathologique franche[1].

CUMUL ET RÉPÉTITION

Par-delà la singularité des conduites de souffrance ou de déviance deux paramètres doivent être l'objet d'une évaluation rigoureuse, l'un synchronique (cumul) l'autre diachronique (répétition) :

– *le cumul des conduites à problèmes :* facteur d'évaluation essentiel, il impose au clinicien une démarche évaluative large qui déborde nécessairement le champ étroit de sa spécialité ;

1. Il est difficile d'établir des comparaisons entre ces groupes définis par le cumul de « comportements à problèmes » et les groupes définis selon une perspective développementale (Offer, voir p. 28).

– *la répétition des conduites à problèmes* est le second facteur à évaluer. Cette répétition risque d'inscrire l'adolescent dans une fixation déviante selon le modèle décrit par Ph. Jeammet (conduite d'autosabotage). Cette répétition doit d'autant plus attirer l'attention qu'il s'agit d'une conduite nouvelle ou d'une conduite existant déjà dans la petite enfance mais ayant en partie ou en totalité disparu pendant l'enfance. Par son potentiel de fixation, une telle conduite menace le développement et le travail psychique en cours.

BIBLIOGRAPHIE

BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M. et coll. : *Adolescentes, adolescents. Psychopathologie différentielle*. Bayard éd., Paris, 1995, 1 vol.

CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H. : La santé des adolescents. *Doc. Française*, Paris, 1988, 1 vol.

EXPERTISE COLLECTIVE : *Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Inserm ed., Paris, 2002.

EXPERTISE COLLECTIVE : *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent.* Inserm ed., Paris, 2005.

VERHULST F. : A review of community studies. *In : The epidemiology of child and adolescent psychopathology.* Verhulst F., Koot H. eds., Oxford University Press, Oxford, UK, 1995, 146-177.

CHOQUET M., LEDOUX S., MARÉCHAL Cl. : Drogues illicites et attitudes face au SIDA. *Doc. Française*, Paris, 1992, 1 vol.

CHOQUET M. et coll. : *Adolescence*, *Physiologie*, *Épidémiologie*, *Sociologie*. Nathan éd., Paris, 1993, 1 vol.

CHOQUET M., LEDOUX S. : Adolescents : enquête nationale. *Analyses et prospective*, INSERM éd., Paris, 1994.

FONBONNE E. : La contribution de l'épidémiologie à la recherche étiologique en psychiatrie : des facteurs de risque aux mécanismes du risque. *Rev. Epidém. et Santé Publi.*, 1993, *41*, 263-276.

FONBONNE E. : The Chartres study : I Prevalence of psychiatric disorders among French school-aged children. *Br. J. Psychiatry*, 1994, *164*, 69-79.

GOWERS S., ENTWISTLE K., COOKE N., OKPALUGO B., KENYON A. : Social and family factors in adolescent psychiatry. *J. of Adolescence*, 1993, *16*, 353-366.

HAYWARD C., KILLEN J.D., KAMMER L.D., LITT I.F., WILSON D.M., SIMMONDS B. et coll. : Pubertal stage and panic attack history in sixth and seventh grade girls. *Ann. J. Psychiatry*, 1992, 149, 1239-1243.

INSERM : *Les adolescents face aux soins*. Ministère des Affaires sociales, Paris, 1992.

LEDOUX S., CHOQUET M. : Les troubles des conduites alimentaires. *Doc. Française*, Paris, 1991, 1 vol.

5 LE PROBLÈME DE L'AGIR ET DU PASSAGE À L'ACTE

INTRODUCTION[1]

L'opposition entre conduite agie et conduite mentalisée prend toute son importance à l'adolescence. À cet âge l'agir est considéré comme un des modes d'expression privilégiée des conflits et des angoisses de l'individu. Il se manifeste dans la vie quotidienne de l'adolescent dont la force et l'activité motrice se sont brutalement développées; il se manifeste également au niveau psycho-pathologique dans les troubles du comportement qui représente un des motifs de consultation les plus fréquents en psychiatrie de l'adolescence.

Sous le terme d'agir se retrouvent plusieurs types de conduite répondant à des définitions différentes selon les modèles utilisés.

Le modèle de compréhension clinique et phénoménologique. — Ici on distingue d'un côté « l'acte » et le « passage à l'acte » de l'autre l'impulsion et la compulsion.

« L'acte » est une conduite spontanée à haute portée positive, volontiers rapide comme un éclair, accomplie sans réflexion mais nullement irréfléchie pour autant. Nous retrouvons fréquemment ces gestes chez l'adolescent évoquant une spontanéité parfois même une culpabilité inconsciente. Beaucoup d'attitudes généreuses en particulier à l'égard des opprimés prennent cette forme.

« Le passage à l'acte » est le plus souvent violent et agressif à caractère fréquemment impulsif et délictueux (A. Porot, 1969). L'expression française « passage à l'acte » a l'inconvénient en psychiatrie d'une utilisation qui

---

1. Compte tenu de leur importance et fréquence, les tentatives de suicide seront traitées dans un chapitre spécifique, bien que faisant partie de la question des conduites violentes et du passage à l'acte (voir chap. 10).

limite son usage à des situations violentes et interdites par la loi, le vol en est un exemple. À propos du passage à l'acte, il se pose constamment le problème du difficile et fascinant essai d'arrimage, loin d'être toujours réussi, entre les gestes provocateurs ou insensés de l'adolescent et la parole sensée du monde, dont fait partie le psychiatre ou le thérapeute (F. Millaud et coll., 1998).

L'impulsion désigne quant à elle la survenue soudaine, ressentie comme une urgence, d'une tendance à accomplir tel ou tel acte. Celui-ci s'effectue hors de tout contrôle et généralement sous l'emprise de l'émotion.

La compulsion est un type de conduite que le sujet est poussé à accomplir par une contrainte interne. Cette conduite est complexe et implique toujours une lutte interne. À la différence de l'impulsion, la compulsion peut se manifester dans une action mais également dans une pensée, une opération défensive et même une séquence complète de comportements.

Le modèle de compréhension psychanalytique. — De leur côté les psychanalystes distinguent « l'acting out » et les « actes symptômes ».

« L'acting out » désigne les actions présentant le plus souvent un caractère impulsif relativement en rupture avec les systèmes de motivations habituelles du sujet, isolables dans le cours de ses activités, prenant souvent une forme auto- ou hétéro-agressive. Il représente une des vicissitudes du transfert s'opposant à la verbalisation et à la remémoration.

« Les actes symptômes » ont une fonction totalement différente et même opposée : « véritable compromis qui révèle tout en déguisant ses origines et ses éléments l'existence d'un conflit », ils sont préalables à la cure psychanalytique dans laquelle ils tendent à être remplacés par la verbalisation et justement par les vicissitudes du transfert.

L'étude des actes chez les adolescents peut évidemment rendre compte de l'une ou l'autre de ces définitions selon leur mode et selon le contexte où on les observe.

FACTEURS FAVORISANT L'AGIR CHEZ TOUT ADOLESCENT

L'agir n'est pas seulement le fait de l'adolescent présentant des troubles psychiques, il est une caractéristique de tout adolescent. Deux séries de facteurs favorisent l'agir :

– facteurs environnementaux ;
– facteurs internes.

Les facteurs environnementaux. — Parmi ceux-ci nous citerons brièvement : 1) le changement de statut social : le passage de l'enfance à l'âge adulte au travers de l'adolescence constitue une période de changement qui comme tout changement est une incitation à l'agir ; 2) le contenu même de ce nouveau statut social : la liberté, l'autonomie, l'indépendance, nouvellement acquises favorisent l'agir (*cf.* chap. 1, Approche sociale) ; 3) les stéréotypes sociaux : les adolescents ont tendance par leur agir à conforter l'idée que se font les adultes des caractéristiques de cette période volontiers dénommée « crise de violence » ; 4) l'interaction sociale : il est bien connu qu'un acte en appelle un autre, soit par imitation, soit par réaction. Ceci est facilement repérable dans les phénomènes de groupe et s'observe d'autant plus que le groupe est important. Entre adolescent et environnement il risque de se produire un renforcement réciproque de la tendance à l'agir (*cf.* chap. 1, Identité-Identification) ; 5) les contraintes excessives de la réalité : en effet lorsque l'environnement exerce des contraintes trop rigides ou trop opposées au besoin naturel de l'adolescent, une de ses dernières issues est le passage à l'acte.

Les facteurs internes. — Mais en réalité l'adolescent trouve surtout en lui-même les conditions favorables à l'agir. Sans nier les différences individuelles et constitutionnelles que chacun peut observer chez le nouveau-né dès les premières semaines de la vie, la motilité et l'utilisation de cette possibilité dans l'action dépendra de facteurs psychiques internes tout au long de la vie, en particulier à l'adolescence. Nous citerons ceux qui expliquent la facilitation à l'agir : 1) *l'excitation pubertaire :* l'irruption de la maturité génitale, le besoin sexuel nouveau confronte l'adolescent à un état de tension physique d'abord, psychique ensuite qui pour parvenir à sa détente doit auparavant trouver son « objet adéquat » (P. Gutton, 2001). Le pubertaire confronte nécessairement l'adolescent à un état d'insatisfaction, de frustration transitoire dont le sujet ne peut faire l'économie sauf précisément au travers d'un passage à l'acte (voir le paragraphe suivant : facteurs de résilience) ; 2) *l'angoisse :* sa résurgence à l'adolescence n'est plus à démontrer ; elle nécessite des actions de décharge parmi lesquelles l'agir. À un niveau psychopathologique, nous pouvons même dire que l'angoisse est un élément essentiel du passage à l'acte car elle ne manque jamais ; 3) *le remaniement de l'équilibre pulsion-défense* est la source facilement reconnaissable du passage à l'acte de l'adolescent, passage à l'acte sexuel sous le poids de la pulsion sexuelle quantitativement ravivée et qualitativement modifiée en devenant génitale, passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif induit par la résurgence des pulsions prégénitales ; rappelons que pour S. Freud la caractéristique essentielle du passage à l'acte est la notion de déplacement de la décharge pulsionnelle comme c'est le cas dans la régression formelle ; 4) *l'antithèse activité/passivité :* la peur de la passivité, renvoyant à la soumission infantile et aux tendances homosexuelles, amène également les

adolescents à se servir de l'action (et de l'affirmation de soi) pour nier cette passivité ; 5) *les modifications instrumentales :* le corps et le langage. Le lien entre le corps, le langage et l'agir apparaît bien dans ce que l'on appelle « l'acte de parole » qui se situe dans un lieu oscillant constamment entre le langage (code linguistique parlé) et le cri (décharge motrice du corps). À l'adolescence le corps et le langage jouent un rôle incontestable dans cette propension au passage à l'acte par deux facteurs :

– leur changement propre en tant qu'instrument ;

– le changement de leur fonction.

Pour le corps, les transformations corporelles de l'adolescence se caractérisent par une augmentation de l'énergie et une force musculaire brutalement accrue qui en elles-mêmes favorisent l'agir. De plus, ces transformations, par le trouble du schéma corporel qu'elles induisent et par le bouleversement de leur fonction au niveau de la construction de l'identité du sujet, sont source d'angoisse et par là même de passage à l'acte.

Pour le langage, l'équilibre entre le langage et l'action s'observe en psychopathologie sous la forme d'une augmentation fréquente de l'agir et des passages à l'acte chez les sujets qui utilisent difficilement le langage. La relation inverse observée entre le passage à l'acte et la formulation de concept abstrait est bien connue chez les adolescents psychopathes (*cf.* chap. 12, p. 355). Mais cette relation inversée s'observe aussi en dehors de tout processus psychopathologique. Le langage devient à cet âge impropre à traduire ce que ressent l'adolescent qui doit se forger un nouveau vocabulaire pour exprimer ce qu'il perçoit et ce qu'il pense de son nouveau vécu. On en voit une illustration à travers les néologismes propres aux adolescents et certains « mots cris » comme « génial », « quel pied », « je flippe », « c'est le trip », etc. L'instrument langage est naturellement perturbé. Mais sa fonction de communication et de contact l'est également d'autant plus que le besoin de communiquer et de contact à cet âge s'accroît considérablement. Ceci est source de tension et donc d'agir.

Ceci explique sans doute qu'à cet âge « l'acte de parole » oscille plus souvent et plus fortement vers ses extrêmes qu'à l'âge adulte : l'apparition d'un code linguistique parlé, objectivé parfois par un véritable néolangage représente une de ces extrémités, l'autre extrémité s'exprime fréquemment sous la forme de « cris » du cœur et de l'affect.

PLACE DU PASSAGE À L'ACTE DANS LES PRINCIPAUX TABLEAUX PSYCHOPATHOLOGIQUES

Par opposition aux troubles des conduites mentales intériorisées, le passage à l'acte signe une pathologie des conduites externes agies. Il est une

des réponses privilégiées de l'adolescence à ses situations conflictuelles. Cliniquement, il est habituel de distinguer plusieurs éléments :

• Les différents modes de passage à l'acte. L'ensemble des conduites comportementales peut être concerné : colère clastique, vol, agression, fugue, suicide, automutilation, conduite sexuelle, conduite « d'addiction », etc.

• Leur aspect isolé ou répété. Si l'aspect isolé ne signe pas une pathologie, la répétition des passages à l'acte et surtout du même passage à l'acte, amène à décrire des troubles enkystés assimilant la pathologie du sujet à son geste répétitif. On parlera alors de suicidant, de toxicomane, de délinquant ou même de voleur, de fugueur.

• Leur lien avec d'autres manifestations ou avec une structure psychopathologique déterminée. Nous trouvons ici les passages à l'acte comme symptôme d'une entité nosographique tels qu'ils sont évoqués dans l'ensemble de la psychopathologie sans différenciation d'âge : il pourra s'agir par exemple des actes impulsifs des états déficitaires ou des états psychopathiques. On pensera également aux passages à l'acte psychotique, dont le mécanisme de déclenchement variera selon qu'il s'agit d'un état délirant, d'une mélancolie ou d'un accès maniaque, sans oublier les classiques passages à l'acte des épileptiques.

• Enfin, certains auteurs établissent une corrélation entre le mode du passage à l'acte et le type de personnalité : ils différencient les passages à l'acte violents, irrationnels, impulsifs mais aussi imprévisibles et chaotiques, des délinquants, des toxicomanes ou des psychotiques et « *l'acting out* » des sujets névrosés chez qui le passage à l'acte est tout aussi violent, irrationnel et impulsif mais n'est ni imprévisible ni chaotique.

Plus spécifiquement à l'adolescence, trois éventualités diagnostiques sont évoquées :

– les crises à l'adolescence dont les manifestations sont variées (*cf.* chap. 2, p. 37) mais où le passage à l'acte occupe une place de choix, qu'il s'agisse des différentes formes de crises juvéniles ou de la crise d'identité décrite par E.H. Erikson ;

– les conduites externalisées graves et répétitives de l'adolescence (scarifications, conduites violentes et impulsives, tentatives de suicide, consommation de produit, prises de risques et accidents, actes délinquantiels, etc.). D'un point de vue descriptif, un grand nombre de ces conduites s'inscrivent dans le cadre des « troubles externalisés » du DSM-IV (trouble déficit de l'attention/hyperactivité, TDAH, trouble oppositionnel avec provocation TOP, trouble des conduites TC) ou de la CIM-10 (troubles hyperkinétiques). Dans la nosographie classique, elles trouvaient leur place dans le cadre de personnalités antisociales déjà organisées comme telle dès l'adolescence ou dans le cadre d'organisation « limites » de la personnalité.

(Pour la description de ces catégories et de leur évolution à l'adolescence, *cf.* chap. 12 Les conduites psychopathiques ou trouble des conduites) ;

– la dépression : l'adolescence apporte une dimension particulière en ce sens que contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, la dépression à cet âge se manifeste volontiers sous la forme de passages à l'acte (*cf.* chap. 9, Le problème de la dépression).

Le ralentissement psychomoteur, signe classique de la dépression de l'adulte, est remplacé par la recherche constante de stimulation, par l'hyperactivité, alternant avec des périodes de grande fatigue et par des passages à l'acte. La fuite de la maladie dépressive par une hyperactivité sexuelle est assez souvent rencontrée. De même, l'expression verbale et agie de la colère est beaucoup plus importante. Chez l'adolescent un passage à l'acte quel qu'il soit et surtout la répétition de passage à l'acte doit systématiquement faire penser à une dépression. Une preuve en est fournie par les tests psychologiques des adolescents déprimés. Ces tests montrent une propension de l'agir : au WISC, le score performance est plus élevé que le score verbal, « assemblage d'objets plus arrangement d'images » donnent un meilleur score que « cubes plus complément d'images ». De même au test de Rorschach les passages à l'acte et les colères sont mélangés çà et là avec l'expression d'un contenu dépressif. Des percepts de vide, des images sadiques agressives telles que morsure et déchirure sont fréquentes (J.M. Toolan, 1969). Le passage à l'acte apparaît comme un des modes symptomatiques préférentiels de la dépression de l'adolescent.

LES SIGNIFICATIONS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES DE L'AGIR

Que l'agir soit considéré comme un trait de caractère (adolescent à versant psychopathique), comme un symptôme (adolescent déprimé), ou comme les deux (adolescent délinquant par exemple), le passage à l'acte prend un sens différent selon les situations et selon les approches.

L'agir comme stratégie interactive. — L'agir est ici considéré comme un moyen indirect d'acquérir, de dissimuler ou de révéler une information par le canal d'une rencontre interpersonnelle avec un autre adolescent, un autre adulte y compris le ou les soignants : « les patients violents interrogent le fonctionnement personnel des soignants, les obligent à l'introspection mais ils questionnent et mettent aussi à l'épreuve les structures institutionnelles » (F. Millaud et coll., 1998).

Avec l'adulte, l'adolescent cherchera cette interaction par l'intermédiaire de l'agir pour le mettre en difficulté, pour attirer son attention, pour réaliser ce que l'adulte réalise mais qui est encore interdit à l'adolescent. Fumer du

tabac ou de la marijuana, « prendre une cuite », avoir un flirt ou une relation sexuelle, voler à l'étalage, ou « sécher » le lycée, revêtent entre autres, cette signification.

Avec ses pairs, l'adolescent cherche également cette interaction pour appartenir à un groupe, pour accroître, maintenir ou défendre son estime de Soi. Les courses en moto ou en voiture, les exploits sportifs, les relations sexuelles ou les actes délictueux, prennent souvent cette signification.

Il s'agit bien d'une stratégie interactive car la réponse à cette demande agie se fait volontiers sur le mode d'un agir aussi bien de la part des adultes que des adolescents appartenant au groupe des pairs. Cette stratégie interactive s'observe également dans le cadre d'un processus thérapeutique et psychothérapique. Elle est alors une source de difficultés pour maintenir ce processus.

L'agir comme mécanisme de défense. — L'agir peut accompagner ou représenter une mentalisation. C'est le cas par exemple de l'acte masturbatoire et du fantasme qui s'y associe. De plus, comme l'ont souligné plusieurs auteurs, l'agir et le passage à l'acte peuvent être considérés comme l'expression d'un mécanisme de défense. En cela, ils ont une fonction restitutive par rapport au Moi. L'acting out de l'adolescent peut être conçu comme une forme d'action expérimentale au service de la fonction adaptative du Moi. De ce point de vue, une telle action peut être considérée comme une forme de solution d'un problème (M. Levitt et R. Rubinstein, 1959). Dans le même sens, P. Blos attribue à certains comportements agis des adolescents une fonction du « reality testing ».

P. Jeammet explique la fréquence des troubles du comportement agi à l'adolescent par cette attitude : « en passant à l'acte l'adolescent exprime le besoin de se redonner un rôle actif qui contrecarre le vécu profond de passivité face au bouleversement subi, il évite la prise de conscience qui serait douloureuse et facteur de dépression dans la mesure où elle ferait ressortir le caractère conflictuel de sa situation ainsi que sa solitude et le vécu de séparation qu'implique tout mouvement réflexif. L'adolescent adopte fréquemment la même attitude phobique d'évitement à l'égard de ses productions mentales que celle qu'il a avec le corps sexué » (P. Jeammet, 1980). Dans le même ordre d'idées, on pourrait évoquer une conduite particulière : « le refus d'agir », attitude qui s'inscrit souvent dans cette dynamique passivité-activité si caractéristique de l'adolescence.

Anna Freud décrit plusieurs mécanismes de défense contre le lien avec l'objet infantile à l'adolescence. Certains s'expriment plus sur le mode de conduite mentalisée : défense par renversement de l'affect, par retrait de la libido dans le Soi ; d'autres plus sur le mode de conduite agie : défense par la régression, défense par déplacement de la libido. Dans cette dernière l'adolescent va transférer sa libido à des substituts parentaux, à des leaders à un ami ou à un groupe (bande ou gang). Ce transfert se manifeste sous la

forme de passage à l'acte. De tels adolescents peuvent être adressés pour traitement après que leurs agissements leur aient donné maille à partir avec l'école, l'employeur ou la Loi.

Ces passages à l'acte sont ici l'expression tout à fait claire d'un mécanisme de défense et par là même d'un processus mentalisé.

À un degré de plus chez des adolescents prépsychotiques ou psychotiques, nous rencontrons des passages à l'acte comme défense vis-à-vis de la dépersonnalisation ou de la confusion d'identité.

L'agir comme entrave de la conduite mentalisée. — Cette signification de l'agir est en grande partie issue de la pratique et de certaines conceptions psychanalytiques. En effet, dans le cadre du transfert, on observe souvent que le patient agit pour éviter de ressentir. « L'acting out » est alors évalué comme une conduite de fuite vis-à-vis de l'affect ou de la représentation désagréable à la conscience du sujet. Freud, le premier, opposa la remémoration verbalisée (objectif du traitement psychanalytique) à l'ensemble « acte-transfert-résistance » dont le caractère commun est la répétition. Les psychanalystes kleiniens ont attribué à « l'acting out » la fonction de dévier certains sentiments ou certaines attitudes éprouvés envers l'analyste sur les autres personnes de la vie courante. Le patient s'efforcera alors de se détourner de l'analyste comme il s'est efforcé de le faire à l'égard de ses objets primaires. La répétition des « acting out » dans une cure entrave considérablement son déroulement et rend impossible l'insight. Agir s'oppose à la prise de conscience.

Enfin, de notre point de vue on n'a pas suffisamment insisté sur la fonction de déliaison des pulsions comme source d'agir à l'adolescence. Le passage à l'acte constitue souvent une des conséquences de la séparation des pulsions libidinales et les pulsions agressives. Ce faisant, l'adolescent évite certes la souffrance (ceci représente le versant « mécanisme de défense ») mais en même temps il voit ses possibilités fantasmatiques et cognitives en partie entravées.

Nous retrouvons ici les facteurs psychologiques favorisant l'agir à l'adolescence. La question est alors de savoir pourquoi certains adolescents passent plus volontiers à l'acte que d'autres. Une explication nous est fournie par Peter Blos. Pour lui les adolescents qui considèrent leurs fantasmes comme plus réels que le monde extérieur, ont une prédisposition qui deviendra éventuellement « acting out ». Cette prédisposition est liée à un sens de la réalité faible et vague dû à ce qu'une vie fantasmatique riche dans l'enfance s'est développée isolément et pour elle-même sans compromis avec la réalité.

On peut considérer que l'agir comme mécanisme de défense et l'agir comme entrave à la pensée représentent deux versants d'une même conduite.

Ces deux dernières significations psychologiques et psychopathologiques de l'agir soit comme entrave de la conduite mentalisée soit au contraire comme mécanisme de défense renvoient en partie à la distinction faite par

les psychanalystes entre « l'acting out » et les « actes symptômes ». Cette distinction permet également de jeter des ponts entre passage à l'acte impulsif, que le caractère brusque, répétitif et la détermination inconsciente rapprochent de l'acting out et le passage à l'acte compulsif, véritable activité symptôme, accompagnée d'un sentiment de contrainte et dont la fonction défensive apparaît parfois clairement.

Le refus d'agir. — Enfin, à côté des « multiples » actes posés par l'adolescent, il faut évoquer son fréquent « refus d'agir » : certains adolescents développent des conduites d'inertie active, de refus sthénique ou encore de passivité énergique. Ces comportements diffèrent sensiblement de l'inhibition d'origine névrotique. Pour Ph. Jeammet, cette « inertie active » représente une tentative active d'expulser l'objet du désir afin de mieux contrôler, secondairement, la réalité interne. Cette réalité interne devient en effet difficilement tolérable à l'adolescence du fait de l'excitation issue du désir/besoin de l'objet. On pourrait dire que pour certains adolescents : « mieux vaut ne rien désirer que désirer sans réalisation immédiate. » Ces diverses conduites de retrait représentent l'image inversée de tous ces « agir » qui occupent fréquemment le devant du tableau sémiologique. À travers ces agir-refus d'agir se trouve également posée la conflictualité issue du couple activité-passivité dans une dialectique subtile et propre à chaque adolescent : certains « passent à l'acte » par crainte de la passivité, d'autres s'enferment dans cette inertie active par crainte de se laisser aller passivement à l'agir, etc. Sous-jacente à ce couple activité-passivité, la problématique identificatoire masculin-féminin est bien évidemment en jeu.

FACTEURS DE RÉSILIENCE FACE AU PASSAGE À L'ACTE

Quels sont les facteurs qui peuvent protéger un adolescent de sa propension au passage à l'acte? Compte tenu des multiples facteurs favorisants exposés ci avant, il apparaît légitime de se demander pourquoi tous les adolescents ne passent pas à l'acte plus régulièrement et plus souvent? Parmi ces facteurs de « protection », on peut isoler :

– *la tolérance à la frustration :* acquise au cours de l'enfance, la tolérance à la frustration traduit la capacité du sujet à accepter en lui-même un état d'insatisfaction interne souvent accompagné d'une augmentaion du niveau d'angoisse (liée à cette tension). La tolérance aux fluctuations du niveau d'anxiété dans le moi (O. Kernberg, 1979) fait parti de cette tolérance à la frustration. On retrouve fréquemment une intolérance aux variations du seuil de l'angoisse chez les patients borderline ou ayant des traits psychopathiques (voir chapitres 12 et 14) ;

– *la capacité à différer :* le surcroit de tension physique et psychique actualise des « scènes pubertaires » et mobilise les capacités de représentation du

sujet : encore faut-il que l'activité de penser ait été investie d'un minimum de plaisir (voir le chapitre 1 : développement cognitif). L'estime de soi est un bon indicateur de ce plaisir à penser. Si c'est le cas, l'adolescent construit des scénarios imaginaires protecteurs grace à l'investissement des deux flèches de la temporalité : celle du passé en investissant sa propre histoire et plus encore son histoire familiale transgénérationnelle ; celle du futur marqué par l'espoir que demain peut être meilleur qu'aujourd'hui. Dans ces conditions l'attente devient possible et même si cette attente se teinte d'ennui (voir chapitre 9), l'investissement de ces scènes fantasmatiques permet à l'adolescent de différer son besoin de satisfaction et de détente immédiates ;

– *la capacité à déplacer :* l'adolescent dispose d'une autre stratégie protectrice du passage à l'acte. Il peut en effet investir son excitation, sa tension dans un autre objet, dans un champ d'exploration voisin. La sublimation (J.M. Porret, 1994) est au service de ce travail de déplacement. Son assise s'est construite à la période de latence : l'ouverture à la connaissance, la curiosité, le désir de savoir et de comprendre sont autant de déplacements de la sexualité infantile dont la trace, le frayage seront très utiles au jeune adolescent qui devient curieux de tout, s'investit dans des hobby, des passions comme autant de déplacements d'une génitalité naissante encore mal connue et assumée ;

– *la place du jeu à l'adolescence :* elle illustre le problème de l'agir et du passage à l'acte et condense les questions évoquées ci-dessus.

Par rapport à l'enfant (*cf. Enfance et psychopathologie*), la relation de l'adolescent au jeu change. Chacun sait que dès la préadolescence, le jeu devient beaucoup plus socialisé. Mais contrairement à la période de latence, ou comme l'a montré Piaget, les jeux symboliques ont été remplacés par les jeux de règle, à l'adolescence le sujet utilise à nouveau volontiers, bien qu'ils n'aient jamais été totalement abandonnés, les trois types de jeux : jeu d'exercice, jeu symbolique et jeu de règle. Par l'intermédiaire du jeu, de l'activité ludique nous pouvons observer la manière dont l'adolescent manie l'agir. Cette observation amène à la constatation que l'espace du jeu à l'adolescence est réduit, il est constamment confronté à deux menaces :

– l'envahissement pulsionnel qui se caractérise par un acte brutal, plus ou moins violent, qui fait sortir l'adolescent du jeu : nous observons ici la survenue de passage à l'acte impulsif ;

– la contrepartie défensive à cet envahissement : l'adolescent n'entre pas dans le jeu ou n'est plus au jeu. L'évitement phobique, la rationalisation, le conformisme, font sortir l'adolescent de l'espace du jeu. Un acte symptomatique peut alors remplacer l'activité ludique comme cela s'observe chez les adolescents joueurs de cartes ou d'échecs ou maintenant jouant avec leur computer ou chez certains sportifs de haute compétition chez lesquels les activités ludiques ont pris un caractère contraignant et obsessionnel.

Menacée par le passage à l'acte impulsif, et l'acte symptôme compulsif, l'activité ludique à l'adolescence éclaire le vaste problème de l'agir à cet âge. Elle permet de constater qu'une continuité existe entre les différentes formes d'agir, elle permet également de reconnaître la substitution d'une forme par une autre et de dévoiler par là même les fonctions que prennent chacune de ces formes.

FUGUES ET ERRANCES

Une des représentations les plus concrètes de la rupture de l'adolescent avec son contexte familial ou institutionnel est le départ du milieu dans lequel il vivait. Ce départ peut prendre l'allure de phénomènes bien distincts dans leurs formes et leurs significations.

Avant d'aborder ces différents phénomènes, il est important de préciser leurs caractéristiques communes : 1) il s'agit de conduites agies ; 2) dont aucune n'est un délit en elle-même ; 3) elles représentent une conduite sociale importante de l'adolescent ; 4) elles ne se situent pas fatalement dans un contexte psychopathologique ; 5) enfin elles se caractérisent toutes par le passage du champ familial ou institutionnel au champ social.

LES DIFFÉRENTS MODES DE DÉPART DES ADOLESCENTS : DESCRIPTION CLINIQUE

D'un point de vue clinique et méthodologique, il est nécessaire de distinguer actuellement trois modes différents :

– le voyage ;

– « la route » ;

– la fugue.

Le voyage. — Le voyage est un départ, mais un départ préparé à l'avance, pour un temps déterminé, solitaire ou plus souvent en groupe, dans un but précis avec un retour prévu. Une enquête de l'INSERM (1970-1971) sur les lycéens signalait que la moitié des lycéens étaient partis à l'étranger durant les trois années précédentes. Celle-ci montrait également que le mode de voyage était des plus variés allant du départ en charter au voyage en autostop, ce dernier représentant un véritable trait sociologique puisqu'il était pratiqué par 65 % des garçons et 35 % des filles. Les objectifs d'un tel voyage sont également des plus variés : il peut s'agir d'un voyage scolaire, universitaire, d'un voyage à but culturel, touristique, ou politique. Cette dimension sociologique du voyage des adolescents actuels est le reflet des

structures socio-économiques, en particulier de l'amélioration des moyens de communication et de l'élévation du niveau de vie des jeunes.

Ces voyages font également appel à des motivations individuelles bien connues : désir de découverte, goût de l'aventure ou fuite de la vie quotidienne routinière. Les adultes y reconnaissent leurs propres motivations mais sont plus étonnés de la forme de ces voyages qui souvent auraient parus il y a quelque trente années, de véritables exploits financiers ou aventuriers.

Ces voyages ne sont donc pas sans lien avec une certaine montée de l'angoisse tant pour l'environnement que pour l'adolescent lui-même. En effet, le voyage a plusieurs fonctions : manifestation d'indépendance de l'adolescent par rapport à sa famille, rituels socialisés d'éloignement accepté par les parents. Mais il est parfois l'occasion d'une décompensation anxieuse : la survenue de crises d'angoisse aiguë, d'épisode dépressif momentané, de troubles particuliers des conduites (anorexie, insomnie), voire même d'épisodes délirants aigus, constituent les premiers signes d'un état psychopathologique. Leurs conditions de survenue au cours du voyage servent souvent d'écran aussi bien à l'adolescent qu'à sa famille mais témoignent aussi de l'importance de l'angoisse au cours de ce qui constitue souvent une des premières séparations. On peut relier celle-ci aux aléas du second processus de séparation-individuation (*cf.* chap. 1, Le second processus de séparation-individuation).

« La route ». — Plus encore que le voyage, le phénomène de la « route » doit être rapproché du caractère socio-historique contemporain et en particulier du mouvement « hippy » dont la « route » reste indissociable dans son développement. La « route » est une véritable mise entre parenthèses d'une tranche de vie, entre l'enfance et l'âge adulte, signant une volonté délibérée de rupture avec la famille et avec le « système ». Le but et son terme sont différents du voyage ou relégués au second plan, d'ailleurs ils peuvent être modifiés au hasard des rencontres. Il s'agit plus, ou tout autant, de partir et de rompre avec le milieu antérieur que de s'intéresser à un aspect particulier au cours de cette déambulation. Cependant, la recherche de conditions climatiques ou géographiques agréables, la présence de « communautés » ou une volonté idéologique clairement définie (mouvement écologique par exemple) sont également retrouvées. Une des caractéristiques du « routard » est de manifester un certain conformisme dans son anticonformisme comme le montre l'aspect physique, l'habillement, les lieux de rencontre, le langage commun à tous les « routards ». Il n'est pas souhaitable a priori de préjuger de la normalité ou de la pathologie sur cette seule conduite mais bien plus sur l'association avec d'autres conduites agies (prises d'alcool ou de drogues, tentatives de suicide, actes délictueux) et/ou mentalisées (ennui, inhibition relationnelle, angoisse corporelle, etc.) ainsi que sur la signification de ce départ pour l'adolescent (P. Ferrari et A. Braconnier, 1976).

La fugue. — La fugue est un départ impulsif, brutal, le plus souvent solitaire, limité dans le temps, généralement sans but précis, le plus souvent dans une atmosphère de conflit (avec la famille ou avec l'institution où est placé l'adolescent). Dans les descriptions classiques, la fugue implique le départ du domicile familial pendant environ une nuit. Contrairement à la route, la fugue est un phénomène décrit depuis longtemps. Depuis les années soixante son augmentation est très importante. Aux États-Unis, environ 7 à 11 % des jeunes entre 12 et 21 ans auraient fugué au moins une fois (M. Windle, 1989 ; J.M. Greene et coll., 1997 ; C.L. Ringwalt et coll., 1998). Dans l'enquête nationale francaise (M. Choquet, 1994), 3,7 % des jeunes en population scolaire ont déclaré avoir fugué.

Les données quantitatives concernant les fugueurs et leur milieu varient selon le lieu où elles sont établies. Les chiffres provenant des organismes sociaux ou relevant de la justice font état d'une population de fugueurs dont les caractéristiques sont évidemment assez proches de celles concernant les jeunes délinquants. Par exemple, D.H. Russell étudie une population de cent fugueurs qui avaient été adressés à la justice. Parmi cette population, 72 % étaient des garçons d'une moyenne d'âge de 15,2 et 28 % étaient des filles d'une moyenne d'âge de 14,9. La majorité de ces jeunes adolescents était issue des classes sociales peu favorisées. Chez leurs parents, on retrouvait 49,7 % de divorcés, 26,1 % de maladies sérieuses, 20,1 % d'alcoolisme important, et 16 % de décès d'un des deux parents. Enfin, 12 % de ces adolescents étaient considérés cliniquement comme sévèrement perturbés (D.H. Russell, 1981).

Ces chiffres ne donnent pas à notre avis un tableau exact de l'ensemble des fugueurs mais seulement de ceux qui relèvent des organismes sociaux ou judiciaires. En revanche, toutes les enquêtes révèlent la fréquence et l'importance des facteurs associés : échec et difficultés scolaires, climat de conflits familiaux voire de violence, antécédents de sévices physiques et/ou d'abus sexuels, etc. Chez le jeune lui-même, on retrouve régulièrement des traits dépressifs, des plaintes somatiques, des tentatives de suicide (l'association fugue et TS est fréquente : M. Askévis, 2002), des conduites délinquantes et/ou violentes, des consommations de produits.

D'un point de vue psychiatrique, certains auteurs ont essayé d'établir des catégories diagnostiques. R. Jenkins en retient trois (R. Jenkins, 1971) :

1) la fugue réaction qui survient chez des sujets émotionnellement immatures, solitaires, un peu froids, vivant dans un milieu familial peu chaleureux et rejetant ;

2) la réaction agressive non socialisée qui se manifeste chez des adolescents présentant des troubles psychopathologiques francs mais divers ;

3) le groupe des délinquants fugueurs.

En conclusion on établit généralement une différence entre ces trois formes de départ ; du voyage à la route puis à la fugue, nous passons sans doute :

– du plus préparé au plus inattendu ;

– du plus mentalisé au plus agi ;
– du plus groupal au plus individuel ;
– du plus admis au plus délictueux ;
– du plus normal au plus psychopathologique.

Mais il est encore plus intéressant de voir en quoi ces conduites peuvent s'éclairer réciproquement : la fugue caricature la dimension de fuite, l'angoisse, le rôle du milieu, qu'on retrouve également dans la route et dans le voyage — la route caricature le désir de rupture et la recherche d'une nouvelle identité qu'on retrouve dans la fugue et le voyage — le voyage caricature le souhait de découverte, le goût de l'aventure qu'on retrouve dans la fugue et dans la route.

LES SIGNIFICATIONS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES

Sans minimiser l'importance de l'interaction des facteurs individuels, politiques, sociologiques et culturels, ces conduites de départ prennent une signification intrapsychique pour l'adolescent et pour son entourage.

L'adolescent. — Toutes ces conduites représentent des modalités de fuite d'une tension interne. Il y a évidemment d'autres moyens de fuir une situation de tension que ces conduites. Ici c'est ce que « choisit » l'adolescent. Pourquoi ?

Sans minimiser là encore les circonstances externes plus ou moins favorisantes, deux représentations intrapsychiques dominent volontiers seules ou associées, chez l'adolescent concerné :

– le besoin d'assurer dans la réalité la distanciation avec ses relations objectales conflictuelles établies durant l'enfance. Plus ce besoin sera grand, plus il sera brutal et plus il prendra une forme pathologique ;

– le doute et l'incertitude quant à sa propre identité qui amène l'adolescent à vivre, à se sentir exister en partant, à rechercher de nouvelles identifications qu'il ne peut rencontrer là où il vit.

Grâce à la réalisation de ces conduites, l'affirmation de soi vis-à-vis des autres atténue le trouble de l'identité. Ici aussi, plus ce doute sera important, plus la dimension pathologique apparaîtra.

L'entourage. — La « route » et la fugue sont souvent l'aboutissement et le point culminant d'une confrontation entre l'adolescent et son entourage. Une fois réalisées ces conduites sont sources dans l'entourage d'une grande angoisse. Selon la psychopathologie parentale cette angoisse renverra soit à un manque, ravivant là l'angoisse de castration soit à un abandon rejouant l'angoisse de séparation. Ici également des capacités de l'entourage à se

confronter à ces angoisses dépendront les réactions normales ou pathologiques. Pour l'entourage deux tendances sont à éviter :

– l'activisme par crainte du vide ou de la béance ;

– la transformation du temps de réflexion en temps de complicité par la peur de l'affrontement.

CLASSIFICATION NOSOLOGIQUE

Comme nous venons de le voir, la présomption du normal et du pathologique ne repose pas sur ces conduites en elles-mêmes mais sur leurs significations. Aucune de ces conduites n'appartient à une structure psychopathologique particulière.

Certains points vus précédemment évoqués permettent cependant d'établir quelques repères surtout pour la « route » et la fugue.

Ces conduites s'observent volontiers chez les adolescents qui ne disposent pas d'autres moyens que l'agir et le passage à l'acte (*cf.* chap. 5, p. 96) pour fuir une situation de tension. Ceci est particulièrement vrai pour les fugueurs à répétition chez lesquels on retrouve volontiers d'autres modes de passage à l'acte (délictueux, TS, prise de drogue) et pour lesquels le diagnostic de tendance psychopathique est fréquemment évoquée.

Elles s'observent également chez les adolescents pour qui le deuil des images parentales devient pathologique et, en ce sens, la source de dépression. Celle-ci ne peut être assumée autrement par l'adolescent que par une séparation concrète de son milieu parental ou de son équivalent.

Elles se rencontrent enfin chez les adolescents dont les troubles d'identité sont au premier plan pouvant même révéler un état limite ou même psychotique. Les décompensations psychotiques en Inde ou plus généralement dans les pays qui « saisissent » les individus par l'écart qui existe entre les cultures, sont sans doute plus fréquemment rencontrées chez ce type d'adolescents.

La « route » représente volontiers dans ces deux derniers cas (dépression, troubles de l'identité) un mode de défense vis-à-vis d'un affect ou d'un monde pulsionnel trop envahissant.

Nous ne citerons évidemment que pour mémoire, car non spécifique de l'adolescence, les classiques fugues des étiologies organiques (épilepsie, confusion), des déficits intellectuels (arriération, détérioration) et des psychoses (aiguës ou chroniques).

Aucune classification ne peut rendre compte de la diversité des formes d'errances à l'adolescence. Chaque conduite de ce type doit être analysée en fonction de plusieurs composantes et considérée alors comme une réalité unique.

LE VOL

Le vol représente la conduite délinquante la plus fréquente à l'adolescence : en effet les infractions contre les biens (crime ou délit) totalisent plus de 75 % de l'ensemble des infractions, et parmi ces infractions contre les biens, le vol atteint la proportion de 95 à 96 %.

À elle seule, la conduite de vol est responsable d'une grande partie de l'augmentation des chiffres de la délinquance. De plus, parmi les multiples conduites de vol, deux types prédominent largement : le vol de véhicule, le vol dans les grandes surfaces commerciales. On peut classer le vol selon sa signification (on peut ainsi distinguer : le vol compulsionnel, le vol impulsif, le vol initiatique pour accéder au statut de membre d'une bande, le vol « sportif », le vol utilitaire, etc.), selon le contexte dans lequel il se produit (en particulier vol solitaire ou vol à plusieurs ou en bande plus ou moins organisée) ou selon l'objet volé. En réalité ces classifications se recoupent en grande partie, la classification selon l'objet volé présentant l'intérêt de sa simplicité et surtout de sa correspondance assez nette avec un certain contexte psychologique.

LE VOL DE VÉHICULE MOTORISÉ

Il représente le quart de tous les délits (25 %). Dans 35 % des cas il s'agit d'un vol de voiture, et pour les autres cas d'un vol de « deux roues ».

On observe une concordance de ce vol en fonction de l'âge : très peu de vols avant 13 ans, près des deux tiers sont commis entre 16 et 18 ans ; au-delà le phénomène baisse progressivement, surtout après 21 ans. Ultérieurement la conduite change d'ailleurs de signification (vol pour faciliter une autre infraction). Il s'agit presque toujours de garçons (3,5 % de filles), et dans 60 % des cas le vol est commis à plusieurs : deux (31 %), trois (14 %) ou plus. Le vol a pour but un bref usage.

Il est souvent vécu comme « un emprunt ». Il a pour mobile de faire une ballade. Le véhicule est abandonné un peu plus loin, parfois même ramené à proximité du lieu d'« emprunt ». Il se commet lors des vacances ou surtout des fins de semaine. Un accident ponctue assez fréquemment ce vol (10 % des cas) révélant l'ambivalence de cette conduite où la composante autopunitive n'est pas exclue.

Au plan psychologique, le vol du véhicule à moteur se fait souvent dans un contexte impulsif, en réponse à un besoin immédiat et à une occasion présente. Selon Henry, il s'agit d'un « délit charnière » car l'évolution de l'adolescent dépendra beaucoup de la réponse donnée à cette première conduite délinquante : « la réaction judiciaire pourra faire pencher le devenir du jeune soit vers une liquidation, soit au contraire vers un engagement confirmé dans la dissocialité. »

En effet, le premier vol est souvent commis dans un contexte de crainte et d'angoisse, puis le besoin de vaincre la peur conduit l'adolescent à une attitude de défi (vol en sortant de prison, ou pour se rendre chez le juge).

Au plan sociologique, les adolescents qui volent des véhicules à moteur sont issus de milieu socio-économique généralement défavorisé : carence familiale, échec scolaire, médiocre insertion préprofessionnelle ou professionnelle, environnement suburbain défaillant…

LE VOL DANS LES GRANDES SURFACES

Il vient en seconde position des délits contre les biens (15 %), mais en réalité sa fréquence est fortement sous-évaluée pour de nombreuses raisons. Tout d'abord la reconnaissance du vol implique que l'adolescent soit pris sur le fait, puis qu'il soit dans l'impossibilité de rembourser le prix de l'objet et/ou d'acquitter l'amende « amiable » ; enfin il faut aussi qu'une poursuite judiciaire soit ouverte. Diverses enquêtes auprès d'adolescents, par questionnaires « autoconfessés » ont montré de façon concordante que 70 à 90 % d'entre eux « avouaient » avoir commis au moins un vol. La différence entre la population d'adolescents poursuivie et celle qui n'est pas poursuivie semble se faire avant tout sur des critères d'ordres sociaux : ce sont essentiellement les adolescents issus des familles défavorisées qui sont l'objet de poursuite pénale.

La fréquence de ces vols augmente en corrélation avec la diffusion de la vente par grande surface. C'est le plus souvent une conduite individuelle. Fait notable, les filles sont largement représentées, contrairement aux autres vols où dominent les garçons. Les jeunes dérobent disques, appareils de radio, vêtements, livres, friandises, apéritifs et autres denrées alimentaires. Les objets ne sont jamais rendus. Ils sont consommés souvent en commun, parfois distribués (vols généreux de Heuyer et Dublineau).

Dans quelques cas, ils sont conservés, accumulés et/ou collectionnés. La dimension psychopathologique est alors au premier plan ; le vol a un caractère compulsionnel et est commis dans un état de tension anxieuse. En réalité ces vols ne représentent qu'un infime pourcentage.

Si la récidive est fréquente, il convient néanmoins de souligner, que dans 65 % des cas environ, la conduite du vol restera isolée. Dans les autres cas, la répétitivité du vol risque d'engager l'adolescent dans le domaine de la délinquance.

VOL DE LIEUX HABITÉS

Ils représentent 14 % de l'ensemble des délits. Ils sont commis tantôt en groupe, tantôt de façon solitaire, mais toujours par des garçons. Dans la majorité des cas le « lieu habité » se résume à la visite d'une cave dans un

grand ensemble : le (les) jeune(s) emporte(nt) quelques bouteilles de boisson et/ou boîtes de conserve. Cependant, dans cette catégorie figurent aussi les cambriolages graves : vols de nuit en groupe, avec escalade, effraction, parfois port d'arme, voire même violence sur les personnes. Il s'agit alors de conduite profondément antisociale caractéristique des grands adolescents (plus de 16-17 ans) souvent récidivistes.

LES AUTRES TYPES DE VOL

Nous signalerons parmi les autres types de vol : le vol dans les voitures (en particulier le matériel radio, 7 % des délits). Le vol est commis en groupe. Si le vol est parfois dû à l'occasion (portières non fermées), le plus souvent il résulte d'une conduite délibérée : visite d'une série de parkings, parfois même de toute une rue. Le vol par agression des passants consiste, dans les grandes villes ou les banlieues, à arracher le sac à main d'une femme. Il est commis par des garçons, généralement en groupe (3 % des délits).

LA VIOLENCE À L'ADOLESCENCE

En dehors même de toute manifestation extériorisée de violence, souvent exagérée par les médias, l'adolescent éprouve une grande violence en lui et autour de lui, ressenti qui apparaît le plus souvent comme une réponse potentielle à la menace narcissique et à la dépressivité (Y. Tyrode et S. Bourcet, 2001). Ses affects, ses pulsions, ses systèmes d'idéaux sont vécus et/ou exprimés avec une intensité extrême, quasi violente. Aux yeux de l'adolescent le monde externe semble exercer sur lui une pression qu'il juge souvent violente et dont il peut désirer se défaire en utilisant la même violence. Certains insistent sur la perte des mécanismes protecteurs générés habituellement par le champ social, notamment les rites et les rituels, permettant de scander les différentes étapes du développement (P. Kammerer, 2001). Dans ce paragraphe nous nous limiterons à l'expression comportementale de la violence : violence dirigée sur l'extérieur ou violence retournée contre soi-même. Rappelons que le terme « violence » renvoie essentiellement à un champ sociologique et juridique tandis que le terme « agressivité » renvoie à un champ médical et psychologique.

L'HÉTÉRO-AGRESSIVITÉ

Violence contre les biens. — La violence contre les biens n'est pas un des délits les plus fréquents (2,5 %), mais elle frappe généralement l'opinion

publique par son aspect « gratuit » : il n'y a souvent aucun mobile apparent à la conduite destructive. Il s'agit souvent de jeunes adolescents puisque la majorité d'entre eux est âgée de moins de 16 ans (et pour 30 % de moins de 14 ans). On peut distinguer la violence en bande ou vandalisme, et la violence solitaire.

Le vandalisme. — Il est toujours le fait d'une bande. En fin de soirée, après une fête, parfois sous l'emprise de l'alcool, la bande s'attaque à des biens collectifs (lampadaires, plaques indicatrices, bancs de jardin, saccage d'un lieu public), ou individuels (voitures garées, saccage d'un appartement inoccupé, d'un chantier). On peut parfois retrouver une motivation apparente, mais le plus souvent elle est hors de proportion des dégâts provoqués, tel le saccage de la classe, voire de l'école après une punition ou un simple avertissement donné à un élève par un enseignant. La gravité des actes commis, tout au moins de leurs conséquences, n'est pas toujours correctement évaluée par l'adolescent ; néanmoins ces adolescents qui font partie de ces bandes montrent souvent l'existence de tendances sadiques assez importantes.

Au plan sociologique les adolescents sont souvent issus de familles dissociées, en conflit. L'acte peut avoir la signification d'une affirmation de soi face à la bande, mais une affirmation paradoxale, en négatif : il faut se souvenir ici de la remarque de Winnicott considérant que les adolescents sont des isolés en bande, et qu'ils ont tendance à s'identifier à l'élément le plus pathologique du groupe (*cf.* chap. 1, Le groupe).

Les conduites destructrices solitaires. — Elles sont plus rares, mais aussi l'indice d'une plus grande déviance psychopathologique. L'exemple typique en est la *conduite pyromanique*. Cette conduite constitue d'autant plus un indice de déviance psychopathologique que l'adolescent se trouve seul lorsqu'il passe à l'acte. Dans tous les cas, le feu renvoie à une intense excitation que l'adolescent ne peut ni maîtriser ni évacuer autrement que par l'utilisation du feu. Cette excitation traduit l'incapacité à dissocier la pulsion agressive et la pulsion libidinale. Un fantasme de scène primitive explosive et destructive sous-tend fréquemment cette conduite. Parfois, elle ponctue une longue période de lutte accompagnée de la pensée obsédante du feu. La conduite de pyromane renvoie alors à des structures de type névrotique d'autant que l'adolescent éprouve un sentiment de malaise, de culpabilité ou de honte.

Mais souvent l'impulsivité et la destructivité sont au premier plan. Cette conduite peut alors constituer la mise en acte des pulsions et des fantasmes agressifs, la perception de la réalité s'estompant derrière l'envahissement fantasmatique. C'est ce qu'on observe dans les structures psychotiques ou en cas de psychopathie grave.

Une autre conduite destructrice solitaire est représentée par la *crise de violence* de l'adolescent dans l'appartement familial : brusquement, parfois sans aucun signe annonciateur, parfois à l'occasion d'une réprimande ou d'une dispute particulièrement violente, parfois à la suite d'une séquence interrelationnelle faite de provocations réciproques (sur le mode du chantage) l'adolescent se met à casser du mobilier dans l'appartement. Dans certains cas, il détruit la totalité des meubles et objets de sa chambre, ailleurs il s'en prend aux meubles familiaux (télévision en particulier), ou encore il s'enferme dans une pièce qu'il saccage (salle de bains). Les objets détruits peuvent être ceux d'une seule personne : objets appartenant à l'adolescent lui-même qu'auparavant il affectionnait particulièrement (chaîne Hi-Fi, guitare, etc.) ou à l'un de ses proches (objets de la mère, ou du père, ou de la fratrie).

En dehors de la psychopathologie de l'adolescent lui-même, ces conduites destructrices signent toujours des perturbations profondes dans la dynamique familiale : la mésentente parentale est fréquente, les scènes de violence verbales ou agies entre conjoints ont pu émailler le passé ; de plus, avant l'adolescence, l'enfant a souvent été placé au centre de ce conflit ou en a constitué l'enjeu. Dans certains cas, l'adolescent paraît porteur de l'agressivité d'un de ses parents à l'égard de l'autre, une véritable connivence destructive semble se nouer entre un parent et l'adolescent.

L'absence physique d'un des parents en particulier du père s'observe souvent ; dans d'autres cas, il peut s'agir d'une absence totale d'autorité parentale. En ce qui concerne la psychopathologie de l'adolescent lui-même, la conduite destructive centrée sur la maison familiale signe toujours d'un côté l'intensité de l'agressivité et de l'autre le besoin de passage à l'acte. L'agressivité se comprend aisément : l'attaque du mobilier, des rideaux, les bris de vitre prennent toujours une dimension symbolique d'attaque du corps interne de l'un des protagonistes, en particulier de la mère. Cette attaque du corps interne prend une signification qui est fonction du niveau d'organisation structurelle auquel se situe l'adolescent : réactivation de la problématique de castration ou angoisse se centrant sur l'intégrité corporelle.

Il faut souligner que cette conduite destructive peut être isolée, correspondant à une crise unique. Le risque est qu'elle se répète, ancrant l'adolescent dans la pathologie ; cette répétition est en général liée à des systèmes d'interactions familiales hautement perturbées. En cas de répétition, d'autres conduites agies s'observent, en particulier fugue et tentative de suicide.

Au plan des interactions familiales, par-delà la diversité de chaque cas, ce type de conduite renvoie à la difficulté qu'ont les parents et leur adolescent à se séparer. Il n'est pas rare que l'éloignement de l'adolescent constitue une menace pour l'intégrité du couple parental, ce couple pouvant « éclater » avec le départ de ce dernier. Les conduites destructives semblent alors constituer une sorte de « compromis » autour duquel la famille conserve sa stabilité boiteuse : l'habituelle et remarquable tolérance des familles à ce

type de comportement s'explique probablement ainsi. L'abord thérapeutique familial est alors indispensable (*cf.* chap. 22, p. 620 et chap. 23, p. 639).

Les conduites hétéro-agressives à formes excrémentielles. — Nous désignons là une conduite assez fréquente des adolescents, du moins en certains lieux, tel que foyer d'accueil, centre de désintoxication, etc., qui consiste à uriner ou déféquer en des endroits divers. En général, il s'agit d'une conduite isolée, non revendiquée par l'adolescent : le matin on retrouve des excréments déposés dans une pièce, derrière un meuble, sous un fauteuil, parfois même enveloppés. Dans d'autres cas, un lieu est régulièrement arrosé d'urine. La signification agressive de ces conduites est assez claire, agressivité qui renvoie au plan pulsionnel soit à un niveau anal, soit à un niveau phallique. Une telle conduite signe cependant les difficultés rencontrées par ces adolescents dans l'élaboration symbolique de cette agressivité et le besoin de passer par un comportement agi évoquant celui du petit enfant de trois-quatre ans qui s'oppose fréquemment de cette manière aux exigences de propreté de sa mère. En outre, souiller ainsi son lieu d'habitation, même s'il s'agit d'un lieu de séjour temporaire, signe la médiocrité de l'investissement de son environnement et de l'image projetée de son corps. Ces défaillances dans le processus de symbolisation, l'intensité de ces conduites agressives, la médiocrité de l'image de son corps auxquelles ce type de conduite renvoie, s'observent dans des troubles tels que la psychopathie ou la toxicomanie.

Violence contre les personnes

Les « tyrans familiaux ». — Ce phénomène est loin d'être exceptionnel puisque sa fréquence est évaluée entre 0,5 et 13,7 % selon les séries, fonction bien évidemment du mode de recrutement. Sur les dossiers ouverts par un juge des enfants, 0,5 % concernent des mineurs impliqués dans des violences sur les proches (H. Legru, 2003). Aux États-Unis, 9,2 % des adolescents frapperaient au moins une fois par an leurs parents (R. Agnew et coll., 1989) ! Au Japon, 3,7 % des individus de moins de 18 ans ont exercé des violences vis-à-vis de leurs parents (S. Honjo et coll., 1988) et, en France, A. Laurent et coll. (1997) retrouvent un taux identique : 3,4 %.

L'agresseur. — Il s'agit de garçons dans 75 à 80 % des cas, âgé de 9 à 17 ans avec un pic vers 13-14 ans. Ces adolescents violents présentent assez souvent des problèmes somatiques (antécédents d'asthme, d'eczéma, d'infection ORL à répétition), mais plus encore des difficultés psychologiques anciennes et actuelles : presque tous ont connu des problèmes tels que des troubles sphinctériens (énurésie, encoprésie), moteurs (instabilité, tics), des troubles du sommeil, des retards de développement et des apprentissages. On ne peut donc pas dire que les comportements violents surgissent

sans préalable. En dehors de la famille, ces jeunes présentent également des difficultés : troubles du comportement avec violence verbale (insultes, colère en plein cours, etc.), agitation et provocation, passage à l'acte, bagarres, actes délinquants, vols, fugues, consommation de produits en particulier alcool avec ivresses répétées. Les difficultés scolaires sont habituelles : retards scolaires, mauvais résultats, absentéisme, exclusion, orientation en sections spécialisée, rupture scolaire et déscolarisation. Cependant, si ces troubles à l'extérieur du milieu familial sont retrouvés dans une très large majorité de cas, il y a aussi quelques situations où la violence reste strictement limitée au milieu familial sans autre trouble ni conduite violente à l'extérieur. Ceci s'observe plutôt chez de jeunes adolescents, vers 12-13 ans, qui sans être des enfants violents ont été des enfants capricieux et difficiles et dont les conduites violentes restent focalisées sur l'un des parents. Plus souvent que les autres ces jeunes sont volontiers isolés, parfois même timides dans le milieu extra-familial, objet des moqueries des autres ou bouc émissaire d'une classe. À la maison ils semblent se venger de cette situation d'infériorité et font subir à leur proche ce dont ils sont les victimes à l'extérieur de la famille.

La famille, les parents. — Concernant la structure de la famille, on observe aussi bien des couples parentaux, que des familles dissociées, des parents isolés ou des familles recomposées dans des proportions qui n'apparaissent pas très différentes de la population générale. Toutes les enquêtes signalent, en revanche, le fait que les parents victimes sont souvent plus âgés : ils avaient plus de 35 ans à la naissance de l'enfant agresseur. Dans une très grande majorité des cas, le niveau socio-économique est faible, marqué par l'absence de qualification professionnelle, le chômage, une invalidité. Les antécédents médicaux sont très fréquents : maladie chronique de l'un ou l'autre parent, handicap moteur avec invalidité. Mais surtout, on retrouve chez les parents des antécédents de dépression, de tentative de suicide, de troubles anxieux. L'alcoolisme est sinon habituel du moins très fréquent, et quand il existe, c'est non seulement un alcoolisme chronique mais surtout des épisodes d'alcoolisation aiguë avec des comportements violents associés. Cette violence s'est exercée soit entre les conjoints, mais l'enfant en a été le spectateur, soit sur les enfants, mais le futur tyran n'a pas toujours été la victime principale. Il n'est pas rare que l'un des parents ait des antécédents judiciaires. Le climat familial est le plus souvent violent, les manifestations de cris, de colères, les grossièretés, les injures entre adultes, à l'égard des enfants sont habituelles. Deux grands types de familles ont pu être décrites (H. Legru, 2003) : celles où une carence d'autorité est manifeste avec un père dévalorisé, déchu, objet de sarcasmes et de moqueries de la mère. Ces pères ont souvent disparu pendant de longues périodes, se désintéressent de leur enfant. Dans les autres situations, on retrouve des pères violents, impulsifs, autoritaires mais en même temps rejetant leur enfant,

ayant souvent des problèmes avec la justice dans le cadre d'épisodes d'alcoolisation aiguë, instables au plan professionnel quand ils ne sont pas chroniquement au chômage…

Le cadre éducatif. — Le climat familial dépend des relations père-mère mais aussi de l'éducation qu'ils s'accordent à donner à leur(s) enfant(s) de façon cohérente ou au contraire opposée (par exemple, un père d'autant plus sévère que la mère est laxiste et hyperprotectrice). On retrouve ainsi quatre types de profil : libéral, strict, hyperprotecteur, rejetant. La mère est plus souvent libérale, ne posant aucune limite ni cadre éducatif, n'ayant aucune exigence par rapport aux diverses tâches quotidiennes de rangement, de participation aux repas (mettre la table, débarrasser, etc.). Le père est indifférent, laxiste, sans aucune exigence, parfois même complice avec son fils pour disqualifier le travail de la mère ou s'opposer à ses demandes d'aide, uniquement préoccupé de son propre bien-être et de ses loisirs. Ailleurs il est trop strict avec une rigidité inflexible, des refus catégoriques, des menaces de coups à la moindre opposition, des exigences de soumission qui ont une allure sadique et humiliante… L'attitude hyperprotectrice est plus volontiers le fait des mères qui semblent prêtes à tout excuser de leur enfant pour obtenir de celui-ci câlins et tendresse. Systématiquement, elles viennent au secours de leur enfant, le cautionnent dans tous ses comportements, y compris ceux qui apparaissent comme franchement délinquants, dissimulent les vols domestiques, cachent au début les menaces et violences verbales dont elles commencent à devenir la cible. Quant à l'indifférence et au désintérêt, ils sont effectivement plus souvent le fait du père que de la mère, mais on peut voir aussi des mineurs totalement livrés à eux-mêmes dès l'enfance vers 7-8 ans, sans aucun cadre éducatif, rentrant chez eux à l'heure qu'ils ont choisie, mangeant seul dans leur chambre devant leur propre poste de télévision ce qu'ils ont pris eux-mêmes dans le congélateur, dormant quand il le veulent, traînant à l'extérieur avec une bande, etc.

La victime. — Le mineur exerce en général sa violence sur une personne de prédilection. Cette victime est le plus souvent la mère, mais ce peut être aussi une grand-mère, les deux parents, un membre de la fratrie. Toutefois, la violence n'a pas le même sens en fonction de la victime :

– pour les mères seules avec leur enfant, en particulier garçon, il semble que ce soit l'établissement d'une relation duelle trop exclusive et trop gratifiante qui soit à l'origine de la relation de violence ;

– face à un couple parental, c'est en général dans le cadre d'une opposition ou d'une contestation de l'autorité, en particulier envers un beau-parent non reconnu comme porteur de cette autorité ;

– plus que de violence physique directe, la fratrie est plus souvent victime de mesures d'intimidation et de violence morale pouvant aller jusqu'à

l'exploitation. Parfois, c'est l'ensemble de la famille qui est contrainte par celui qui devient un véritable « bourreau domestique ».

Le type de violence. — Il est rare que la violence physique soit inaugurale. Dans la quasi-totalité des cas, une violence verbale l'a précédée : insultes, menaces verbales, attitudes de provocation, etc. Les parents, surtout les mères, se plaignent d'un manque de respect, d'insolence, d'arrogance. L'adolescent, et même parfois l'enfant, ne respecte pas les consignes, transgresse les limites, adopte des comportements ouvertement provocateurs. Il peut devenir le véritable tyran de toute la maisonnée, exerçant cette emprise sur les parents mais aussi parfois sur la fratrie. Toute la vie quotidienne est commandée par cet enfant : heures des repas, nature des plats, programme de télévision, dépenses particulières, etc. Cette violence verbale et morale est souvent suivie par des agressions sur les biens laquelle se produit après de nombreuses menaces de bris de matériel, menaces qui ont conduit les parents à céder aux exigences. Les destructions visent au début de petits objets, bibelots, vaisselle qui ont en général une valeur affective importante pour l'un ou l'autre membre de la famille. Viennent ensuite les destruction de meubles (télévision, chaises, etc.) puis des attaques sur la maison elle-même : destruction de portes, arrachage de papiers peints, dégradation des peintures par graffiti injurieux, trous dans les murs, les portes, etc. Parfois, de véritables crises de fureur clastique aboutissent à un saccage complet d'une ou de plusieurs pièces. Cela survient le plus souvent dans le contexte d'une frustration qui n'est pas toujours du fait des parents. Parallèlement, les violences morales commencent à être imposées au membre le plus vulnérable de la famille : enfermement à clef dans une pièce, extorsion d'argent sous menace, brimades diverses. Les violences physiques surviennent donc au terme d'une longue escalade et débutent souvent par un geste brutal et habituel mais qui cette fois est allé plus loin et a touché sa cible ! Dès lors, l'attitude craintive de la victime semble fonctionner comme un déclencheur de l'agression : le geste violent survient quand la victime cherche à se protéger. Dans la très grande majorité des cas les agressions consistent en coups de poing, de pied mais parfois un objet est utilisé : fourchette, couteau, cutter, etc. Il faut noter la grande tolérance des familles à ce genre de comportement puisqu'au moment de la première consultation les troubles remontent à plus de 6 mois (80 % des cas), voire plus de 18 mois (40 % des cas) (R.H. Dubois, 1998).

Le profil psychologique et psychopathologique du mineur. — Les jeunes tyrans familiaux présentent assez rarement des troubles psychiatriques bien définis. Par exemple, on note peu souvent une psychose constituée. Des manifestations dépressives ou anxieuses sont en revanche assez souvent retrouvées sans pour autant se constituer en un véritable état dépressif ou en trouble anxieux caractérisés. L'évaluation psychologique permet de repérer trois grands types de tableaux :

– les jeunes chez lesquels prédomine un vécu abandonnique et des antécédents de carence affective : ruptures relationnelles, hospitalisations fréquentes, changements de cadre de vie, délaissement plus ou moins durables. Ces jeunes ont eu un développement retardé, un échec scolaire ;

– d'autres se caractérisent par l'immaturité, des exigences toutes puissantes et infantiles. Ils ont souvent évolué au sein d'un lien dyadique, trop protégés pas une mère qui n'avait à leur égard aucune exigence éducative. Ils ont présenté des troubles du comportements dès l'enfance ;

– les derniers enfin ont entretenu avec leur mère une relation fusionnelle sans aucune séparation, en l'absence de figure paternelle. Ils ont rarement été confrontés à des frustrations et souffrent souvent d'une angoisse de séparation parfois intense.

Une genèse du lien de violence. — Le lien agressif qui se constitue chez le grand enfant ou en début d'adolescence a-t-il une histoire, une genèse qui permette d'en retrouver les traces dans la petite enfance? Comme on l'a vu, si parfois la violence semble apparaître vers 12-13 ans, dans la grande majorité des cas, elle a été précédée par de nombreuses manifestations pathologiques tels que des troubles oppositionnels, des troubles du comportement, des retards scolaires, etc.

Dans la petite enfance, à la période d'opposition, c'est-à-dire entre 2 ans et demi et 3 ou 4 ans on observe fréquemment des gestes agressifs ou de menace : main levée en direction du parent interdicteur, objet lancé, morsure, griffure, geste de gifle ou de claque, etc. L'attitude éducative des parents est alors essentielle. Ils peuvent exprimer une réprobation franche, élever nettement la voix, empêcher fermement le geste, toute conduite qui lorsqu'elle est partagée par les deux parents et qu'elle est la réponse régulière, cohérente et automatique au comportement de menace du jeune enfant, aboutit rapidement à la disparition de ces gestes agressifs. Il est donc nécessaire de soutenir les parents dans ces positions éducatives dénuées d'ambiguïté en leur montrant que d'apprendre ainsi à leur enfant le respect qu'il doit à ses parents constitue la meilleure protection ultérieure pour leur enfant : le respect de lui-même sera calqué sur le respect pour ses parents. De la même manière, les caprices sont fréquents à cette période d'opposition et d'affirmation de soi. Lorsqu'ils deviennent envahissants et répétitifs, qu'ils se compliquent de colère intense (enfants qui se roule par terre, hurlant jusqu'au spasme du sanglot, etc.) ils peuvent faire le lit ultérieur d'une volonté de toute puissance, d'un non respect des limites et interdits, d'une intolérance à toute frustration. C'est pourquoi il importe dès ce jeune âge d'opposer à ces colères et caprices une attitude cohérente, ferme tout en restant bienveillante, et surtout identique entre les deux parents. Les caprices sont souvent un moyen pour l'enfant de mobiliser autour de lui l'attention de ses parents ou d'obtenir grâce à la différence d'attitude entre le père et la mère ce que l'un lui interdit et que l'autre lui accorde ou ce qu'on finit

toujours par lui accorder : la colère devenant alors le préalable de la récompense. Aider les parents à ne pas céder sans pour autant avoir un comportement violent envers l'enfant apparaît être une prophylaxie essentielle. On sensibilisera aussi les parents à des attitudes ou propos qui peuvent sembler provocateurs. Apprendre au jeune enfant à contenir son agressivité représente probablement une des meilleures prophylaxies de ce qui adviendra à l'adolescence.

En effet, si les gestes agressifs sont bénins et facilement contrôlables chez le jeune enfant, avec l'âge ils deviendront de plus en plus dangereux et destructeurs. En début d'adolescence, la puberté et les exigences pulsionnelles qui l'accompagnent font que désormais la frustration à laquelle doit se confronter le jeune adolescent ne provient plus seulement du milieu externe mais provient aussi du monde interne. La puberté et la sexualité confronte l'adolescent à l'exigence de ses pulsions et celles-ci ne peuvent être satisfaites dans l'instant et avec le premier interlocuteur venu. L'adolescent est contraint d'attendre. Cette contrainte caractérise la psychopathologie de l'adolescence. Il est évident dans ces conditions que les contenants d'autorité acquis du temps de l'enfance représentent pour le jeune comme pour ses parents la meilleure et le plus efficace des protections.

Lorsqu'un adolescent maltraite ses parents, il y a une incontestable situation de danger potentiel et tout doit être mis en œuvre pour que cette violence cesse. La véritable prévention commence d'ailleurs dès la petite enfance, en particulier au cours de cette phase d'opposition vers 3 ou 4 ans. Chez le grand enfant et le jeune adolescent, il convient de soutenir les parents, surtout celui qui est l'objet des agressions et de les encourager à ne pas accepter cette maltraitance comme un phénomène naturel et inéluctable. Dans l'idéal, une thérapie familiale peut être proposée afin d'aborder les habituelles distorsions de communication intra-familiales ; des aménagements de vie peuvent aussi être envisagées quand les approches relationnelles semblent impossibles à mettre en place : séparation et internat thérapeutique, hôpital de jour, etc. Enfin, il faut parfois savoir recourir à des traitements médicamenteux d'autant plus efficaces que le jeune et ses parents acceptent cette prescription et qu'elle répond à des troubles bien identifiés : dépression, troubles anxieux, impulsivité majeure, etc. Là encore il est préférable d'associer à cette prescription une approche relationnelle telle qu'une psychothérapie de soutien.

Violence extrafamiliale. — La violence contre les personnes (crimes et délits) ne représente que 9 % des délits totaux. La conduite meurtrière reste exceptionnelle mais bien que les cas restent heureusement rares, deux éléments doivent être notés : une relative augmentation de leur nombre, un âge de plus en plus précoce. À titre d'exemple dans une enquête écossaise (D.O. Fiddes, 1981), le nombre de cas passe en 8 ans de 2/3 à 7/8 par an en moyenne, tandis que 50 % des adolescents ont entre 14 et 16 ans et 50 %

entre 17 et 18 ans. Il s'agit presque exclusivement de garçons (33 garçons, 1 fille). Les facteurs d'environnement et socioculturels semblent peser d'un grand poids puisque les deux tiers des cas proviennent des zones urbaines défavorisées, les adolescents faisant partie de bandes plus ou moins délinquantes. Le meurtre est plus fréquemment commis en groupe que de façon solitaire. La majorité de ces adolescents présente déjà des antécédents de délinquance, de drogue, d'alcoolisme et parfois des antécédents psychiatriques. Dans les familles il existe une surreprésentation de « profil à risque » (séparation parentale, décès, fratrie très nombreuse, maladie physique ou mentale, etc.) sans que ce soit un environnement constant.

La victime est généralement inconnue du meurtrier : il s'agit soit d'un adulte plus âgé, ou d'un vieillard, soit d'un adolescent d'une autre bande, plus rarement d'un enfant. La conduite n'est pas préméditée et ne semble pas motivée par un intérêt financier ou sexuel, en revanche elle se déroule souvent sous l'emprise de l'alcool. Enfin, chaque année deux à quatre parricides sont en général motivés par la défense de la mère ou de la fratrie menacée par le père

Aux États-Unis, les adolescents sont à la fois les acteurs et les victimes d'une violence meurtrière inquiétante : entre 1979 et 1991, 49 000 jeunes de moins de 19 ans (9 000 de moins de 14 ans, 40 000 de 15 à 19 ans) ont été tués par balle, accidents et crimes confondus. À la même période les arrestations de jeunes de moins de 19 ans pour meurtre et homicide ont augmenté de 93 %. Après les accidents de la circulation et le cancer, le meurtre est la troisième cause de mortalité de l'adolescent aux États-Unis (*Le Monde*, 23 janvier 94, rapport du *Children's Defense Fund*).

Dans la majorité des cas la violence contre les personnes s'exerce entre adolescents eux-mêmes : bagarres entre bandes à l'occasion de bal ou de fête, entre individus. Parfois même la violence apparaît « gratuite », comme le besoin « de se cogner ». Signalons également la violence à l'égard des enfants ou des adolescents les plus jeunes : certaines bandes rançonnent, menacent, voire même « passent à tabac » ou blessent les plus jeunes. Le contexte socioculturel paraît toujours prévalent : zone suburbaine, grand ensemble, niveau socio-économique défavorable, absentéisme scolaire, etc.

Violences scolaires

Aujourd'hui, un chapitre entier devrait être consacré aux violences scolaires. Nombreux en effet sont ceux qui constatent un véritable « mur du silence » sur un dysfonctionnement de l'institution scolaire qui favorise la maltraitance des plus faibles en isolant les victimes et en banalisant les actes (P. Vivet et B. Defrance, 2001). La difficulté s'accroît par le fait que les adolescents victimes et les élèves proches signalent difficilement les violences constatées.

LES AUTOMUTILATIONS

Ces conduites consistent, par un acte physique direct qui ne menace pas le pronostic vital immédiat, à se faire du mal de façon délibérée et souvent répétée, sans intention consciente de se suicider. Actes de plus en plus fréquents chez les adolescents, sa prévalence en population générale (y compris adulte) serait comprise entre 1 et 6, 6 % (L. Gicquel et coll., 2006). La prédominence féminine serait de 70 à 97 % (K. Hawton et coll., 2002) mais varie beaucoup selon le mode de recrutement de la population.

Les automutilations compulsives. — Surtout observées en dermatologie, ces automutilations consistent en lésions de grattage et excoriations cutanées (arrachages de la peau périungéale). On y rattache l'onycophagie, conduite qui est à la limite de l'automutilation. 13 % à 53 % des cas de Gilles de la Tourette se cognent la tête, se donnent des coups ou se mordent (L. Gicquel et coll., 2006).

Les automutilations impulsives. — Ce sont les plus fréquentes. L'acte de se couper (avec une lame de rasoir, un couteau, un morceau de verre, etc.) ou de se griffer (avec ses ongles, la pointe d'un compas) est le plus habituel. Viennent ensuite les brûlures avec les cigarettes et autres lésions auto-infligées (coup de poing, gifles sur le visage). Brutalement, parfois de façon totalement imprévisible, parfois après une montée d'angoisse ou d'agitation aisément perceptible, l'adolescent blesse son corps avec un couteau, une lame de rasoir, des bris de verre ou ses ongles. Il se taillade ou se griffe les bras, le dos des mains, les poignets, les cuisses, l'abdomen, la poitrine. En revanche le visage est rarement touché. Les blessures ont une profondeur variable depuis la simple excoriation superficielle jusqu'à des entailles assez profondes.

La douleur est diversement ressentie : la moitié des sujets disent ne rien ressentir, 31 % disent éprouver une légère douleur et 18 % une extrême douleur (R.R. Ross et H.B. Mc Key, 1979). Selon D. Le Breton (2003), « le moment de l'altération du corps est en principe rarement douloureux. Sa visée est justement de couper la souffrance, même si l'individu n'en a pas une conscience claire ».

Apparaissant volontiers autour de la puberté (vers 14-15 ans), les automutilations peuvent se répéter sur un rythme hebdomadaire ou mensuel pendant un ou deux ans. Selon Rosenthal et coll. (1972), 60 % des inscriptions corporelles surviennent, chez les filles, au moment des règles. La majorité des jeunes femmes qui se coupent disent éprouver une relation négative avec ces règles. Certaines adolescentes éprouvent un « besoin de se couper » quand elles ne l'ont pas fait depuis assez longtemps. Le plus souvent ces conduites disparaissent progressivement avec l'entrée dans la vie adulte et une stabili-

sation relative de la vie affective. Cependant, elles persistent parfois de longues années, souvent comme un rituel solitaire et secret. Enfin, on peut observer une répétition systématique face à chaque situation de tension, de frustration, de simple désagrément, voire comme mode d'influence sur l'entourage pour obtenir de lui ce qui est habituellement refusé. On décrit alors le « syndrome d'automutilations répétées (SAR) » qui se rapproche des différents agir répétitifs de certains adolescents (crises boulimiques, fugues, vols, tentatives de suicides à répétition).

La comorbidité est importante avec, chez les filles, les troubles du comportement alimentaire (conduites anorexiques ou boulimiques), et dans les deux sexes, les divers états dépressifs, les troubles de l'identité sexuelle, les consommations de produits et l'ensemble des conduites agies impulsives. Ces adolescents présentent souvent des troubles de la personnalité de type borderline, narcissique ou psychopathique. Signalons la très grande fréquence de ces automutilations dans certains contextes tels que la prison. Parmi ces adolescents certains présentent un niveau intellectuel limite, mais ce n'est pas constant.

Au plan psychopathologique, deux séries de facteurs convergent pour aboutir à la décharge autoagressive. D'une part on retrouve des carences dans la construction de l'image de soi avec des antécédents de délaissement, de carence affective ou de séparations itératives. Cette mauvaise image de soi s'accompagne fréquemment d'une mauvaise image d'autrui au travers des antécédents traumatiques assez régulièrement retrouvés : sévices physiques et abus sexuels concerneraient entre 49 et 95 % des sujets (V.L. Banyard et coll., 2000). D'autre part, la dimension impulsive facilite l'externalisation des affects par le passage à l'acte qui constitue un moyen privilégié de lutte contre l'angoisse. Cela est d'autant plus vrai que les perturbations dans l'élaboration des processus cognitifs (niveau intellectuel limite) ne donnent pas à l'adolescent des possibilités de maîtrise adéquates.

Le dernier facteur est en général environnemental : conflit avec les parents ou les pairs, incitation plus ou moins directe de l'entourage (faire comme la meilleure amie), rupture affective, etc. Il faut signaler la possibilité d'une « contagiosité » de ces épisodes dans les collectivités d'adolescents (internat, hôpital, foyer, etc.).

Certains auteurs ont tenté de comprendre la signification de la coupure, de l'entaille cutanée et de la vue du sang qui s'y associe. Des explications culturelles rapprochant ces coupures des scarifications rituelles et psychanalytiques rattachant la vue du sang qui s'écoule à l'écoulement menstruel ont été avancées. D. Le Breton (2003) isole trois composantes dans cette conduite surdéterminée :

– le retournement contre soi de l'agressivité plus ou moins associée à la culpabilité et au besoin de se punir ;

– une recherche d'affirmation identitaire par les marques ainsi auto-créées, par la recherche et l'exploration de limite de soi, d'un « cran d'arrêt » ;

– une dimension de rituel et de ritualisation, manière de faire « peau neuve », de s'inscrire dans une culture de groupe tout en se différenciant.

Ainsi l'acte automutilateur pourrait aussi avoir une valeur d'élaboration positive pour l'adolescent lui permettant d'investir les limites de soi, son narcissisme et son masochisme, ce geste singulier lui permettant de se réapproprier un sentiment de soi insuffisamment assuré du temps de l'enfance (C. Matha et C. Savinaud, 2004 ; A.M. Haza et P.H. Keller, 2005).

Au total, cette conduite apparaît paradigmatique des enjeux actuels de la psychopathologie à l'adolescence : elle illustre comment l'individu passe d'une position passive à une attitude active, d'une souffrance subie à une douleur provoquée, d'une émotion éprouvée à une sensation administrée, d'un état de dépendance relationnelle source de frustration et de tension (état qui précède très habituellement le passage à l'acte : rupture sentimentale, dispute avec un parent, conflit avec un copain, etc.) à un agir auto-vulnérant dont le sujet estime avoir la maîtrise mais qui l'inscrit rapidement dans une dépendance nouvelle à une sensation, d'une psychopathologie intériorisée (donc non visible : la souffrance quelle qu'en soit l'origine) à une conduite agie visible, répérable, comptable. Cet acte singulier est ainsi mis au service du besoin impérieux d'individuation, tâche prioritaire de toute adolescence : à défaut de pouvoir se couper des autres, il reste la possibilité de se couper… de soi-même?

Les automutilations chroniques. — Elles surviennent dans un tout autre contexte. Il s'agit d'adolescents profondément encéphalopathes qui dans leurs antécédents ont déjà présenté de telles automutilations (voir la signification de ces conduites *In : Enfance et psychopathologie*). Il est à noter que l'adolescence peut présenter un cap particulier dans l'aspect clinique de ces comportements automutilateurs. On peut observer une sédation, un renforcement ou une transformation des conduites automutilatrices. L'émergence de la maturité génitale, en particulier chez le garçon, peut modifier ces conduites. Elles se centrent alors autour de la masturbation intempestive qui d'ailleurs présente parfois une certaine dimension autoagressive.

Ces automutilations chroniques peuvent avoir une signification variable :

– recherche d'une limite du soi corporel ;

– recherche d'une autostimulation ;

– retournement sur soi de la conduite hétéro-agressive lorsqu'elle est entravée ou interdite ;

– recherche d'une communication par appel de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

ASKEVIS M. : *Fugue et suicide à l'adolescence : faits et significations.* Thèse Psychologie, Aix-Marseille 1, 2002.

JEAMMET Ph. : Actualité de l'agir. À propos de l'adolescence. *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 1985, *31*, 201-222.

KAMMERER P. : *Adolescents dans la violence,* Gallimard, Paris, 2001.

MARCELLI D. : Enfants tyrans et violents. *Bull. Acad. Natle de Méd.,* 2002, *186*, 6, 991-999.

TOOLAN J.M. : Depression in children and adolescents. *In : Adolescence Psychosocial Perspective* (J. CAPLAN, S. LEBOVICI). Basic Books Inc., 1969, 264-269.

TYRODE Y., BOURCET S. : *Les adolescents violents*, Ellipse, Paris, 2001.

AGNEW R., HUGULEY S. : Adolescent's violence toward parents, *Journal of Mariage and the family,* 1989, *51*, 699-711.

BANYARD V.L., ARNOLD S., SMITH J. : Chilhood sexual abuse and dating experiences of undergraduate women. *Child Maltreat.*, 2000, *5*, 1, 39-48.

DUBOIS R.H. : Battered parents : psychiatric syndrome or social phenomenon? In : Schwartz-Berg A.Z. : *The adolescent in turmoil*, Wesport, Praeger, 1998, 124-133.

CHOQUET M., LEDOUX S. : *Adolescents : enquête nationale.* Inserm éd., Paris, 1994, 1 vol.

FERRARI P., BRACONNIER A. : La route. *Rev. Prat.*, 1976, *26*, 2983-2994.

FIDDES D.O. : Scotland in the seventies. Adolescents in care and custody. A survey of adolescent murder in Scotland. *J. Adol.*, 1981, *4*, 47-65.

FREUD A. : *L'enfant dans la psychanalyse*. Gallimard, Paris, 1976.

GICQUEL L., CORCOS M., RICHARD B., GUELFI J.D. : Les automutilations à l'adolescence, *EMC*, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 2007, 37-216-J-10.

GREENE J.M., ENNETT S.T., RINGWALT C.L. : Substance use's among runaway and homeless youth in three natinal samples. *American Journal of Public Health*, 1997, *87*, 2, 229-235.

GUTTON P. : Culpabilité et remords. *Adolescence*, 2001, *38*, 805-812.

HAWTON K., RODHAM K., EVANS E., WEATHERALL R. : Deliberate slf harm in adolescents : self report survey in schools in England. *BMJ*, 2002, *325*, 7374, 1207-1211.

HAZA M., KELLER P.H. : Se scarifier pour penser. *Adolescence*, 2005, *23*, 3, 733-742.

HONJO S., WAKABAYASHI S. : Family violence in Japon : a compilation of data from the departement of psychiatry, Nagoya University Hospital. Ipn *J. Psychiatr. Neurol.*, 1982, *42*, 5-10.

JEAMMET Ph. : Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, *44*, 481-522.

JENKINS R. : The run away reaction. *Am. J. Psychiat.*, 1971, 128/2.

KERNBERG O. : Psychoanalytic Psychotherapy with Borderline. *Adolescent Psychiatry*, 1979, 7, 294-321.

LAURENT A., BOUCHARLAT J., ANCHISI A.M. : A propos des adolescents qui agressent physiquement leurs parents. *Arch. Pédiatr.*, 1997, *4*, 468-472.

LE BRETON D. : *La peau et la trace : sur les blessures de soi.* Métailié, Paris, 2003, 1 vol.

LEGRU H. : Les enfants qui battent leurs parents; une problématique adolescente? Etude à partir des dossiers judiciaires. Mémoire de DIU. *Médecine et Santé de l'Adolescent*, 2003.

LEVITT M., RUBINSTEIN R. : Acting out in adolescence; a study in communication. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1959, *29*, 622-632.

MATHA C., SAVINAUD C. : De blessures en mortifications sacrificielles. *Adolescence*, 2004, *48*, 281-293.

MILLAUD F. : *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*. Masson, Paris, 1998, 1 vol.

POROT A. : *Manuel alphabétique de psychiatrie*. 4e édition. PUF, Paris, 1969.

RINGWALT C.L., GREENE J.M., ROBERTSON M., MCPHEETERS M. : The prevalence of homeless among adolescents in the United States. *American Journal of Public Health,* 1998, *88*, 9, 1325-1329.

ROSENTHAL et coll. : Wrist cutting as a syndrome : the meaning of a gesture. *Am. J. of Psy.*, 1972, 129.

ROSS R.R., MCKAY H.B. : *Self-mutilation,* Lixigton Books, Toronto, 1979.

RUSSELL D.H. : On running away. *In : Self destructive behavior in children and adolescents* (C.F. WELLS, I.R. STUART, Éd.). Von Nostrand Reinhold Co., N.Y., 1981, 61-73.

VIVET P., DEFRANCE B. : *Violences scolaires*. Syros, Paris, 2001.

WINDLE M. : Substance use ans abuse among adolescent runaways : A four-year follow-up study. *Journal of Youth and Adolescence.* 1989, *13*, 4.

6 PSYCHOPATHOLOGIE DES CONDUITES CENTRÉES SUR LE CORPS

LE PROBLÈME DU CORPS CHEZ L'ADOLESCENT

Dans la majorité des cas, le corps de l'enfant est silencieux : l'enfant est en bonne santé et selon les propos attribués au chirurgien Leriche : « la santé, c'est le silence des organes. »

Brutalement, à l'adolescence, le corps fait du « bruit ». Ce sont ces bruits que l'adolescent nous donne à entendre sous forme de plaintes somatiques diverses : mal au ventre, mal au dos, au genou, ou de multiples inquiétudes d'allure hypocondriaque… Bruits de la croissance pour lesquels les médecins somaticiens sont consultés; ils constituent aussi les premiers points possibles de cristallisation d'une angoisse toujours prête à surgir. Il n'est pas étonnant que le corps joue à l'adolescence un rôle central, aussi bien dans le registre des interactions concrètes avec l'entourage que dans le registre de l'activité fantasmatique. Au processus d'adolescence s'associe un besoin d'éprouvé intense, un « suréveil corporel » comme le montre la place prépondérante de la dimension « recherche de sensation » au travers de nombreux comportements propre à cet âge (G. Michel, 2001).

Le corps est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent. Rappelons que dans la tranche d'âge 11-20 ans scolarisée, l'étude de l'Inserm de 1991 a montré que, d'une manière générale, 12,4 % des garçons et 37,3 % des filles se disaient excessivement préoccupées par leur poids. Aux États-Unis, 46 à 80 % des filles sont insatisfaites de leur poids et 26 à 77 % ont déjà commencé un régime (C. Chamay-Weber et coll., 2005). Dans les travaux ou articles portant sur l'adolescence en général ou sur un de ses domaines particuliers, il est rare de n'y trouver aucune référence au corps. La transformation morphologique pubertaire, l'irruption de la maturité sexuelle

remettent en cause l'image du corps que l'enfant avait pu constituer progressivement. Ces modifications rendent compte en partie de la fréquence avec laquelle on se réfère au corps lorsqu'on étudie l'adolescence. Rappelons l'importance de l'hypothalamus dans la régulation des hormones sexuelles mais aussi de la prise alimentaire. Mais il s'y ajoute d'autres facteurs ; certains sont inhérents aux processus psychiques eux-mêmes tels que le travail de deuil ou la rupture de l'équilibre entre investissement d'objet — investissement narcissique ; d'autres font intervenir le cadre familial et social au sein duquel évolue l'adolescent. Parlant du corps nous retrouvons ici trois axes principaux de compréhension toujours étroitement mêlés, mais que, dès 1935, Schilder avait bien distingués.

LE SCHÉMA CORPOREL

Terme à connotation neurophysiologique et neuropsychologique relevant du registre sensori-moteur (sensorialité extéroceptive et proprioceptive). Le schéma corporel correspond aux diverses projections corticales de cette sensorialité. Il est évident que les modifications pubertaires s'accompagnent d'une modification sensible du schéma corporel (*cf.* chap. 1, L'adolescence en tant que travail de deuil).

L'IMAGE DU CORPS

Elle appartient, quant à elle, au registre symbolique imaginaire. La base de l'« image du corps » est affective. Son organisation dépend de l'ontogenèse des pulsions libidinales et agressives, de l'importance des points de fixation et des possibilités de régression à tel ou tel stade. Schilder précise très bien : « tout ce qu'il peut y avoir de particulier dans les structures libidinales se reflète dans la structure du modèle postural du corps. Les individus chez qui domine telle ou telle pulsion partielle sentiront, comme au centre de leur image du corps, tel point du corps. » Ainsi l'image du corps dépend des investissements dynamiques, libidinaux et agressifs : cette image est en perpétuel remaniement. En outre la constitution de l'image du corps implique la reconnaissance d'une limite. Selon Angelergues (1973, cité par D. Anzieu) l'image du corps est « un processus symbolique de représentation d'une limite qui a fonction d'"image stabilisatrice" et d'enveloppe protectrice. Cette démarche pose le corps comme l'objet d'investissement et son image comme produit de cet investissement, un investissement qui conquiert un objet non interchangeable, sauf dans le délire, un objet qui doit être à tout prix maintenu intact. L'image du corps est située dans l'ordre du fantasme et de l'élaboration secondaire, représentation agissant sur le corps ». À l'adolescence le problème des limites est d'une acuité toute particulière d'où les fréquentes incertitudes concernant l'« image du corps » dont témoignent, à des degrés divers, les dysmorphophobies, les bouffées

hypocondriaques aiguës ou les fréquents sentiments d'étrangeté. L'image plus spécifique d'un corps sexué est abordée au chapitre suivant.

LE CORPS SOCIAL

Il constitue enfin le troisième axe de compréhension. Dans une perspective phénoménologique Schilder considérait que le corps représentait le véhicule de l'« être au monde », était au centre des échanges relationnels affectifs entre individus : « toutes les fois que se manifeste un intérêt pour telle ou telle partie du corps d'autrui existe le même intérêt pour telle ou telle partie correspondante dans le corps propre. Toute anomalie d'une partie du corps concentre l'intérêt sur la partie correspondante dans le corps des autres » (P. Schilder). De nombreuses recherches ont bien montré l'importance de la norme sociale. Il existe à l'adolescence un paradoxe : dans le domaine de la physiologie (taille, âge d'apparition des signes sexuels secondaires, âge des premières règles et des premières éjaculations…) l'écart type par rapport à la moyenne est, à l'adolescence, particulièrement grand alors même que la pression sociale normative est particulièrement forte pour l'individu ; l'adolescent ne cesse de s'interroger pour savoir « si c'est normal », « ce qu'en pensent les autres ». Cette pression de l'environnement, en particulier du groupe des pairs, conduit l'adolescent à utiliser son corps comme support d'un discours social dont le but est à la fois de se différencier d'autrui (surtout dans la pyramide des âges et des générations) et de chercher une ressemblance rassurante avec les autres (en particulier les pairs) : le phénomène de la mode, ou à un autre degré du tatouage, en est une illustration. D'ailleurs ces deux moyens d'expression sont parfois liés dans les cas extrêmes comme dans le cas de la mode dite « punk » avec ou sans percing où la vêture se complète généralement d'une série d'inscription cutanée sans oublier la coupe et la teinture particulière des cheveux.

Pour toutes les raisons énumérées dans le paragraphe précédent, isoler un chapitre consacré aux conduites à expressions somatiques paraît quelque peu arbitraire. Presque tous les types de conduites étudiés dans cette seconde partie de l'ouvrage font intervenir le corps : le passage à l'acte, la tentative de suicide, la conversion hystérique, la crainte dysmorphophobique… Que dire en outre des conduites liées à la sexualité, car l'essentiel pour l'adolescent n'est-ce pas de se reconnaître non seulement dans un corps, mais surtout dans un corps sexué ?

Il est difficile de tracer une frontière bien nette qui définisse l'ensemble des conduites centrées sur le corps. Le passage à l'acte dans son rôle de décharge motrice doit en être exclu, mais il est bien évident que toute conduite centrée sur le corps inclut en elle-même une part d'agir et constitue avec le passage à l'acte une entrave ou une défense relative face à l'élabora-

tion mentale. De même, la conversion hystérique symbolise un conflit déplacé sur un segment du corps de la même manière que peuvent le faire certaines conduites somatiques alimentaires ou d'endormissement. Néanmoins dans ces derniers cas, la symbolisation paraît moins élaborée, plus proche d'un comportement propre à un enfant très jeune.

La référence à l'enfant très jeune témoigne de la place particulière qu'occupe le corps dans la psychologie et la psychopathologie de l'adolescent. Il n'est pas excessif de dire que dans l'interaction sociale le corps de l'adolescent occupe presque la même place que celle du corps du nourrisson ou du jeune enfant dans l'interaction duelle avec sa mère. À titre de comparaison, la référence au corps est beaucoup moins fréquente aussi bien dans la psychopathologie de l'adulte que dans celle de l'enfant en période de latence, si l'on excepte bien sûr, les quelques domaines de pathologie spécifique (psychosomatique, pathologie psychomotrice de l'enfant). En effet, une des caractéristiques de l'adolescent est de se servir du corps et des conduites dites somatiques comme mode d'expression de ses difficultés, mais aussi comme moyen de relation. En ce sens les conduites à expression somatique diffèrent à la fois de l'hystérie et de la pathologie psychosomatique : le rôle des relations actuelles, la recherche d'un moyen de pression immédiat sur l'environnement situent ces conduites en deçà de l'hystérie si l'on admet que le conflit hystérique est d'abord et avant tout un conflit interne ; mais le travail de symbolisation, la souffrance psychique fréquemment exprimée situent celles-ci au-delà de la pathologie psychosomatique si l'on admet que cette dernière se substitue entièrement à l'élaboration psychique, et se caractérise par l'existence d'une « pensée opératoire ». Pour résumer, nous définirons les troubles à expression somatique des adolescents étudiés dans ce chapitre, comme des systèmes de conduite où les besoins physiologiques du corps (entendus au sens large : sommeil, alimentation, mais aussi hygiène, vêture, parure) sont pris comme moyen d'interaction avec les objets externes, que ces objets soient réels (personnes de l'entourage) ou fantasmatiques (images parentales).

D'une manière générale, les conduites centrées sur le corps nous semblent avoir pour première particularité de mettre en question la définition d'un corps sexué : l'adolescent utilise son corps physique, ses besoins physiologiques, en particulier alimentaires ou de sommeil, pour maintenir à distance la sexualité et les bouleversements qu'elle induit dans le corps. L'exemple de l'anorexie mentale est évident, mais l'obésité, certaines difficultés de sommeil, peuvent aussi s'accorder à ce type d'explication. Une hypothèse avancée par Canestari pour rendre compte des fréquentes craintes dysmorphophobiques peut être étendue aux diverses conduites centrées sur le corps (*cf.* chap. 6, L'organisation physiologique). Pour cet auteur, la rupture de l'équilibre entre les investissements objectaux et les investissements narcissiques, l'absence transitoire d'objet aux pulsions libidinales et agressives, conduisent l'adolescent à prendre son propre corps comme objet transitoire,

transitionnel ou transactionnel afin d'y diriger ses pulsions. Choisir son propre corps comme objet d'amour, est précisément l'un des paliers du narcissisme secondaire tel que Freud l'a défini. Certes Freud s'est essentiellement intéressé au destin de la pulsion libidinale ; il est possible d'avancer les mêmes constatations avec la pulsion agressive. Lorsque cette dernière n'a plus d'objet d'investissement à sa disposition, le corps vient prendre un relais transitoire. Ainsi, de nombreuses conduites observées en clinique telles que les automutilations discrètes ou les ébauches de tentatives de suicide, ou les vagues craintes dysmorphophobiques, paraissent avant tout témoigner de cette relation particulière et privilégiée de l'adolescent avec son corps. L'étude de ces conduites mériterait presque d'être incluse dans ce chapitre plutôt que dans les divers chapitres spécifiques.

Ainsi le corps, à l'adolescence, peut être considéré comme une sorte d'objet relais aux diverses pulsions libidinales et agressives, à mi-chemin entre l'objet externe et les objets fantasmatiques internes : lieu de projection de ces fantasmes, le paradoxe du corps à l'adolescence est d'être considéré encore comme un objet transitionnel, c'est-à-dire faisant à la fois partie du moi et du non-moi. Il est aussi le lieu des craintes d'altérité, d'étrangeté, d'aliénation au sens quasi éthymologique du terme (transfert d'une propriété ou bien d'une personne à une autre). P. Jeammet (1980) résume parfaitement la place du corps dans la problématique de l'adolescence : « le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante. Il est un point de rencontre entre le dedans et le dehors, en marquant les limites… Le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents… Enfin, le corps est un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous la forme de la mode. »

Lorsqu'on aborde le champ plus spécifique de la psychopathologie, dans le cadre des conduites centrées sur le corps, deux types de défenses paraissent prévalents parmi tous les autres modes défensifs : 1) le besoin de maîtrise, défense mise au service de la progression illustrée en clinique par l'ascétisme, mais qui peut prendre une intensité telle que toute émergence pulsionnelle doit être annihilée (comme dans l'anorexie mentale) ; 2) la capacité de régression dans sa dimension temporelle marquée par le retour à des sources de satisfactions pulsionnelles antérieures partiellement abandonnées.

LE BESOIN DE MAÎTRISE

Il est directement lié au besoin de l'adolescent de garder le contrôle à la fois sur les fantasmes qui peuvent surgir en lui et sur les sources d'excita-

tion pulsionnelle interne. Les changements qui s'opèrent en lui « à son corps défendant » risquent de désigner le corps comme objet à contrôler, passant d'un simple besoin de maîtrise à l'impérieuse nécessité de conserver l'emprise sur le corps. Comme le signale F. Gantheret (1981), « l'emprise est d'abord emprise de corps » et « emprise au corps… c'est la tâche de maîtriser l'objet pour arrêter la source qui est dévolue à la pulsion d'emprise ». Cette pulsion d'emprise, on peut selon nous en observer la traduction clinique à travers ce qu'A. Freud a décrit dans le comportement ascétique de l'adolescent (A. Freud, 1949) ; « l'ascétisme de la puberté » se caractérise par une hostilité innée, indifférenciée, primaire et primitive entre le moi et les pulsions, hostilité qui conduit le moi à haïr les instincts s'éveillant lors de la puberté : « cette crainte de la pulsion ressentie par l'adolescent a un caractère dangereusement progressif et peut, après n'avoir concerné que les véritables désirs pulsionnels, être reportée jusque sur les besoins physiques les plus ordinaires. L'adolescent refuse de se prémunir contre le froid, réduit “par principe” au strict minimum sa nourriture quotidienne, s'oblige à se lever très tôt, évite de rire ou de sourire… » Chacun connaît ces adolescents qui s'imposent des tâches physiques rudes, se créent une « hygiène » de vie spartiate, se refusent toute satisfaction physique. Généralement il est aisé de constater combien ces préceptes ne sont rien d'autre qu'une tentative rigide de contrôler les pulsions sexuelles et/ou agressives, en particulier les désirs masturbatoires. Dans l'anorexie mentale cet ascétisme devient caricatural.

LA PLACE DE LA RÉGRESSION

Sa qualité, son degré, sa réversibilité constituent l'un des facteurs primordiaux de l'évaluation du pathologique à cet âge. Cette régression s'exprime de façon privilégiée à travers des conduites centrées sur le corps (perturbations des conduites alimentaires, des conduites d'endormissement) ou par des demandes corporelles directes (demandes de soins corporels, craintes hypocondriaques, etc.). Il est classique de distinguer trois types de régression : 1) la régression temporelle caractérisée par un retour à des buts de satisfaction pulsionnelle propres à des stades antérieurs au développement ; 2) la régression formelle marquée par l'abandon des processus secondaires de pensée au profit des processus primaires ; 3) la régression topique caractérisée par le passage d'un niveau d'exigence moïque ou surmoïque à un niveau d'exigence du ça.

Le concept de régression doit être articulé étroitement avec le concept de point de fixation (*cf. Enfance et psychopathologie*, chap. 1). À l'adolescence, tous les types de régression s'observent. Mais en ce qui concerne plus particulièrement le corps, on peut dire que la régression temporelle et, à un moindre degré, la régression topique constituent des moyens de compréhension utiles :

il est évident que face à l'émergence de la sexualité, le retour protecteur à des buts pulsionnels témoignant de pulsions partielles est fréquent. Les perturbations des conduites alimentaires occupent dans ce domaine une place privilégiée : la fréquence de ces perturbations à l'adolescence témoigne de l'importance des points de fixation oraux et de leurs réactivations concomitantes à la recrudescence pulsionnelle globale. De même, les plaintes concernant le sommeil apparaissent souvent comme des craintes directes de la régression induite nécessairement par l'endormissement ou à l'opposé comme un besoin défensif d'excessive régression (clinophilie) à un stade développemental primaire (stade symbiotique par exemple).

Dans ce chapitre, nous exclurons divers problèmes particuliers : 1) la pathologie inhérente à une perturbation du schéma corporel (atteinte cérébrale hémisphérique par exemple) ; 2) les atteintes du schéma corporel secondaires à une pathologie mentale patente telle que les délires centrés sur le corps observés dans les psychoses aiguës ou la schizophrénie (*cf.* chap. 11, Les différents états psychotiques) ; 3) les difficultés psychologiques liées à des perturbations objectives du corps : handicap moteur, malformations diverses, maladies somatiques.

Nous limiterons ce chapitre aux conduites à dimension corporelle essentiellement de deux ordres :

– les troubles de la série alimentaire ;

– les troubles du sommeil et de l'endormissement.

PERTURBATIONS DES CONDUITES ALIMENTAIRES

À la suite de H. Bruch, nous regrouperons dans ce chapitre les diverses situations où « la corpulence et/ou l'absorption alimentaire servent à résoudre ou à dissimuler des problèmes adaptatifs internes ou externes ». En clinique ces perturbations prennent l'aspect soit de modifications pondérales stables (obésité, anorexie mentale) ou fluctuantes, soit de préoccupations diététiques excessives liées en général à l'apparence corporelle et entraînant des habitudes alimentaires particulières (régime diététique).

Désormais, on décrit sous l'appellation « troubles du comportement alimentaire » (TCA) à la fois l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, mais aussi des conduites alimentaires inhabituelles (restriction alimentaire, crise boulimique isolée, manœuvres de contrôle de poids, souci persistant quant à l'image du corps, etc.) qui, sans répondre à l'ensemble des critères diagnostiques des classifications internationales, apparaissent souvent en lien avec ces pathologies, soit qu'elles en constituent les premiers indices soit qu'elles persistent longtemps après la guérison clinique. La prévalence

semble particulièrement élevée, correspondant aux années d'adolescence (et d'adulte jeune) : entre 15 et 25 ans, dans le sexe féminin, cette prévalence cumulative pour l'ensemble des TCA serait d'environ 8,8 % avec un pic de prévalence ponctuel à 2,4 % (*Victorian Adolescent Health Cohort Study* : 853 sujets féminins de 15 à 20 ans, G.C. Patton et coll., 2003), l'anorexie mentale ayant une prévalence cumulative de 1,8 % (syndrome partiel) et la boulimie nerveuse de 7,3 %.

CLINIQUE DES CONDUITES ALIMENTAIRES À L'ADOLESCENCE

Nous aborderons d'abord une description des diverses conduites alimentaires déviantes observées de façon fréquente à l'adolescence en particulier lors de la poussée pubertaire ou à son décours. Ces conduites peuvent rester longtemps isolées, d'intensité modérée ou se succéder mais sans aboutir aux tableaux cliniques tels que l'anorexie mentale ou la boulimie nerveuse. Cependant, elles en constituent souvent les prémices, plus volontiers chez les filles que chez les garçons chez lesquels ces conduites ont moins tendance à se pérenniser. Nous verrons au terme de ce chapitre les hypothèses psychopathologiques avancées pour rendre compte de cette fréquence.

Dans certains cas, les perturbations constatées existaient depuis longtemps : le contexte familial y joue un rôle prépondérant comme dans le cas des hyperphagies familiales. Toutefois, il n'est pas rare que ces conduites alimentaires déviantes apparaissent à l'adolescence. Nous distinguerons quatre types de perturbations : 1) comportements alimentaires instables : fringale, crise de boulimie ; 2) comportements alimentaires quantitativement inadéquats : hyperphagie, grignotage, restriction globale ; 3) comportements alimentaires qualitativement perturbés : exclusion alimentaire, régime particulier ; 4) les manœuvres particulières liées à l'alimentation.

Les comportements alimentaires instables. — Si le comportement alimentaire n'est pas perturbé au cours des repas, certains adolescents connaissent par intermittence des conduites particulières. Il est classique de distinguer la fringale et la crise de boulimie.

La fringale. — Elle répond à une sensation impérieuse de faim. Elle s'observerait plutôt chez l'adolescente en période prémenstruelle. Le comportement alimentaire reste adapté, l'adolescent absorbant les aliments qu'il aime (sucrerie, gâteau, etc.).

La « crise boulimique ». — Appelée par les auteurs anglo-saxons *binge eating* (G. Russel, 1979) c'est un épisode brusque au cours duquel une grande quantité de nourriture est ingérée à la hâte, en cachette, sans pouvoir

se limiter. Les aliments sont parfois absorbés après une préparation culinaire, mais le plus souvent consommés tels quels, non chauffés, dans la boîte de conserve. Tous les aliments peuvent faire l'objet d'une conduite boulimique, chaque patiente ayant ses « préférences » (pâtes, viande, charcuterie, pâtisserie, chocolat, etc.).

Fréquemment, la crise est précédée d'un état tensionnel de malaise, sans faim véritable, avec une dimension d'excitation ; une lutte consciente contre l'impulsion à ingérer peut accompagner ce moment. La patiente boulimique mange seule, en cachette, commence son accès impulsivement après la période tensionnelle précédente. Certaines organisent des quasi-rituels, cuisinant et installant nourriture et cadre, d'autres absorbent ces aliments dans le plus grand désordre. Cette nourriture est parfois volée.

L'absorption est hâtive, sans mâcher ni mastiquer ; les quantités ingérées peuvent être énormes. L'accès se termine quand il n'y a plus rien à manger ou lorsque la patiente est dérangée dans sa solitude par un tiers ou enfin quand les sensations de remplissage deviennent douloureuses.

Une phase d'abattement avec malaises physique (douleurs d'estomac, fatigue, céphalées, nausées, etc.) et psychique (remords, honte, culpabilité, dégoût, humiliation, dévalorisation, etc.) succède, durant jusqu'à l'endormissement ou les vomissements provoqués.

Parfois, des accès successifs se produisent après le réveil ou les vomissements, l'ensemble pouvant se prolonger plusieurs jours (les deux ou trois jours d'un week-end). Lorsque l'accès est terminé, l'oubli de l'état affectif et physique pénible qui a succédé à l'absorption est habituel. Néanmoins, la patiente conserve le sentiment d'une conduite pathologique en dissonance à son habituel comportement.

À distance, l'accès se répète sur une fréquence variable : quotidienne, hebdomadaire (le week-end fréquemment), mensuel ou plurimensuel.

Ces crises boulimiques s'observent parfois de façon isolée, mais le plus souvent elles s'inscrivent dans le contexte d'une anorexie mentale (*cf.* chap. 6, Perturbations des conduites alimentaires) avec laquelle ces crises alternent à certaines phases de la maladie ou dans celui d'une « boulimie nerveuse » (*cf.* chap. 6, L'anorexie mentale). Au plan psychopathologique, ces crises de boulimie représentent la traduction comportementale d'un sentiment de vide, d'ennui, avec souvent un état d'anxiété. L'émergence de ce désir, de cette pulsion non contrôlée ou au contraire trop contrôlée auparavant, est souvent liée à une profonde désintrication pulsionnelle : le vécu agressif et déstructurant constitue la toile de fond, vécu agressif lié à l'activation soudaine d'une relation imaginaire agressive et/ou mortifère avec l'une des images parentales, en particulier celle de la mère. La crise de boulimie représente alors une vaine tentative d'incorporer l'objet maternel associé à l'angoisse de le détruire.

Comportements alimentaires quantitativement perturbés :

Hyperphagie-grignotage. — L'hyperphagie comme son nom l'indique se caractérise par un apport alimentaire excessif. Cette hyperphagie est en général familiale. Les repas sont au nombre de 3 ou 4 dans la journée, avec un goûter important, mais un petit déjeuner matinal réduit. L'hyperphagie répond à des facteurs environnementaux, en particulier aux habitudes alimentaires familiales.

Le grignotage se produit en dehors des repas, parfois même s'étend sur toute la journée. Un seul produit peut être incriminé, en général un aliment qui ne nécessite ni recherche ni préparation (gâteau type « petit beurre », chocolat, sucrerie, etc.). Le grignotage accompagne les activités du sujet : activités scolaires, lecture, télévision. L'inaction physique est de règle au cours du grignotage, de même que le contexte solitaire. La sensation de faim n'est pas habituelle au cours du grignotage. Selon G. Gonthier, hyperphagie et grignotage sont les conduites caractéristiques de l'obésité (*cf.* chap. 6, Le problème du corps chez l'adolescent). Contrairement à ce qui s'observe dans la crise boulimique, l'adolescent qui mange beaucoup ou qui grignote n'a pas le sentiment de perdre le contrôle sur la prise alimentaire.

La réduction alimentaire. — Dans la période prépubertaire surtout chez l'adolescente, une période transitoire de restriction alimentaire est fréquente, sinon habituelle. Cette réduction peut être globale ou élective (pain, fromage, etc.) suivant en cela des « conseils ou recommandations » lus dans la presse ou entendus aux émissions radiophoniques. Les facteurs environnementaux sont prévalents, marqués par la recherche d'une silhouette mince, à la mode. Cette réduction alimentaire suscite fréquemment des discussions familiales, soit sous le mode d'un rapprochement, d'une relative connivence (mère et fille se mettent au même régime), soit sous le mode d'un conflit, l'un des parents voulant maintenir le contrôle qu'il exerçait jusque-là sur le régime alimentaire de son enfant.

Seuls quelques cas évoluent secondairement vers une restriction majeure engageant l'adolescent dans une véritable anorexie mentale (*cf.* chap. 6, L'anorexie mentale).

Comportements alimentaires qualitativement perturbés. — Dans ces derniers cas, comme le signale H. Bruch, le fait de manger est en soi perturbé, et l'absorption d'aliment prend des significations symboliques diverses, en général faites de danger et de menace. Certains aliments sont exclus, mais non pas dans l'intention d'une réduction d'apport calorique : la signification symbolique de l'aliment, sa valorisation familiale ou individuelle sont ici au premier plan.

Ainsi l'adolescent de type ascétique peut se priver d'un aliment qu'il aime particulièrement. Dans d'autres cas, il s'agit d'un met ou d'un plat familial électif. Ces conduites témoignent souvent de l'existence d'un conflit névrotique, en particulier en cas de dégoût électif qui peut correspondre à une conversion hystérique typique. Ailleurs l'adolescent se soumet à un régime alimentaire particulier en raison de la valeur symbolique attachée à tel ou tel aliment ou des vertus attribuées à ce régime. Il n'est pas rare que ces conduites véhiculent des idées sous-jacentes quasi délirantes, ou à tout le moins, une crainte extrême face à une agressivité orale non élaborée. Il en va ainsi des brusques modifications des habitudes alimentaires de certains adolescents qui deviennent soudain végétariens (régime qui exclut la chair des animaux mais non leurs produits tels que lait, beurre, œufs, miel), ou même végétaliens (régime alimentaire excluant tous les aliments qui ne proviennent pas du règne végétal). De telles pratiques qui peuvent témoigner d'investissement délirant de la nourriture s'observent dans les cas de psychose, surtout lorsque ces pratiques sont en discordance avec l'habitus alimentaire familial. L'observation de régime gravement déséquilibré sur le plan diététique peut entraîner des amaigrissements voire même des états de marasme physiologique. Il importe de ne pas confondre les amaigrissements secondaires à l'investissement délirant de la nourriture avec l'anorexie mentale vraie.

Manœuvres particulières liées à l'alimentation. — Certains adolescents adoptent des comportements particuliers dont l'objectif conscient est de parvenir à un meilleur contrôle du poids, voire même de maigrir sans modifier les conduites alimentaires. Ainsi en est-il de manœuvres vomitives qui peuvent succéder à des accès boulimiques (voir ci-dessus), mais qui peuvent aussi survenir isolément. Au début, l'adolescent déclenche volontairement et activement les vomissements par la provocation d'un réflexe nauséeux. Par la suite, le vomissement peut devenir « réflexe », par simple contraction diaphragmatique, voire devenir « involontaire », succédant à des absorptions alimentaires même minimes. D'autres adolescents recourent à des médicaments pris en dehors de toute prescription médicale : vomitifs, diurétiques, laxatifs, etc. Une enquête systématique aux États-Unis a ainsi révélé que 13 % des adolescents, deux fois plus de filles que de garçons, utilisent de tels procédés.

Chez une fille présentant des épisodes boulimiques, l'apparition de manœuvres pour contrôler le poids constitue un facteur de gravité pour les crises boulimiques avec un risque d'augmentation de fréquence et de persistance de la conduite.

Bien évidemment, ces manœuvres particulières s'associent le plus souvent aux perturbations précédemment décrites : épisodes de boulimie, grignotage, restriction alimentaire, épisode anorexique.

Éléments de psychopathologie. — Plusieurs hypothèses psychopathologiques aident à comprendre la fréquence de ces désordres dans les conduites alimentaires à l'adolescence. Nous en isolerons quatre : 1) la réactivation de la pulsion orale liée à un point de fixation défensif par rapport à la recrudescence pulsionnelle, en particulier génitale. Cette réactivation s'inscrit dans la perspective de régression temporelle déjà évoquée : l'adolescent retourne à des modes de satisfaction déjà éprouvés dans son enfance et vécus comme non menaçants, du moins pour son équilibre psychique interne (la menace est alors déplacée sur la silhouette corporelle) ; 2) le désir d'appropriation et de maîtrise des besoins corporels, désir qui prend place au sein d'une perspective ontogénétique dans le processus de séparation-individuation. À titre d'exemple les conflits entre l'adolescent et ses parents autour de l'alimentation sont habituels : ces derniers souhaiteraient maintenir l'équilibre alimentaire qu'ils estiment satisfaisant, alors que l'adolescent revendique de s'alimenter selon des critères strictement personnels ; 3) la focalisation autour du « repas familial » des interactions et du conflit entre parents et adolescent (*cf.* chap. 16, p. 452). En effet, les adolescents éprouvent fréquemment des affects chargés de colère et/ou d'agressivité à l'égard de ces repas pris en commun. Ces affects peuvent constituer la transformation directe de la curiosité face à la « scène primitive », curiosité teintée de dégoût et d'envie : le repas familial prend une valeur hautement symbolique, les fonctions alimentaires se trouvant « sexualisées ». Il existe un déplacement de la « scène primitive » à la « cène familiale » : en témoignent les fréquentes remarques des adolescents sur la manière de manger de leurs parents, en particulier les remarques des adolescentes trouvant que leur père mange « comme un cochon », etc. ; 4) une « faim d'objet » particulièrement intense. Nous empruntons à P. Blos cette expression qui traduit le besoin de l'adolescent d'incorporer le plus grand nombre d'objets possible pour satisfaire sa quête identificatoire. Si cette faim conserve souvent un caractère métaphorique, elle peut parfois prendre l'aspect très concret de l'absorption de nourriture. Il y aurait lieu d'engager ici une réflexion sur la continuité ou l'absence de continuité entre les concepts d'introjection, d'incorporation et d'identification. Bien entendu, ce besoin d'absorption de nourriture peut constituer aussi un moyen de remplissage, c'est-à-dire un moyen de lutte contre le vide et contre la dépression sous-jacente. Quoi qu'il en soit, cette faim d'objet quand l'adolescent renonce au travail psychique de métaphorisation pour se satisfaire d'une absorption concrète de nourriture risque cependant d'aviver la crainte d'une destruction de l'objet : cette crainte est d'autant plus grande que le besoin d'incorporation est intense. Aussi cette crainte pousse-t-elle l'adolescent à contrôler sévèrement sa faim et à développer des conduites anorexiques plus ou moins sévères, entrecoupées parfois de « crises boulimiques », véritables craquées dans la tentative de maîtrise de l'oralité. Cette alternance : besoin d'incorporation-tentative de contrôle explique l'instabilité particulière des conduites alimentaires chez nombre d'adolescents ainsi que l'absence assez fréquente d'un retentissement pondéral flagrant, tant qu'une conduite particulière n'est pas adoptée de façon répétitive.

L'OBSÉSITÉ

Généralités. — L'obésité se définit par un excès de poids qui dépasse de deux déviations standard ou de 20 % le poids idéal pour la taille. L'obésité ainsi définie est fréquente : aux États-Unis, 15 % des jeunes entre 6 et 19 ans sont obèses, pourcentage qui atteint 23 % chez les noirs et les jeunes mexicain-américains, les filles mexicaine-américaines de 6 à 19 ans présentant les taux les plus élevés. Stables entre 1971 et 1980, ces chiffres ne cessent d'augmenter depuis (de 11 % dans l'enquête III de 1994, de 4 % dans l'enquête IV de 1999-2000 : A.J. Zametkin et col., 2004) ; en France 13,4 % des jeunes entre 12 et 19 ans sont obèses (garçons : 15 % ; filles : 11 %) (P. Alvin et D. Marcelli, 2005). La fréquence de l'obésité est en constante et régulière augmentation dans tous les pays dits développés, au point d'apparaître de nos jours comme un problème majeur de santé publique.

En réalité l'obésité ne constitue pas un état spécifique de l'adolescence. En effet selon les enquêtes rétrospectives cherchant à préciser le début de l'obésité, 25 % des obésités du grand enfant et de l'adolescent ont commencé avant un an, 50 % avant 4 ans, et 75 % avant 6 ans. Dans la majorité des cas l'obésité ne se constitue donc pas à l'adolescence mais succède à une obésité déjà installée dans l'enfance. Ceci distingue l'obésité de l'anorexie mentale. Toutefois, l'adolescence représente une étape importante : l'enfant était jusque-là dépendant de ses parents, consultant sur leur seule pression, souvent peu motivé lui-même à suivre un régime. L'adolescent en revanche peut se sentir personnellement concerné, dans quelques cas demander lui-même la consultation. La pression de l'entourage, du groupe des pairs, de la mode, jointe aux transformations pubertaires peuvent ensemble concourir à ce que l'adolescent participe activement aux consultations et mesures thérapeutiques proposées (G. Schmit et F. Rouam, 1981). En ce qui concerne l'obésité débutante à l'adolescence, il faut signaler d'abord l'existence banale et normale d'une discrète surcharge pondérale prépubertaire : cette surcharge n'a pas la signification physiologique d'une obésité, mais peut la prendre aux yeux de l'entourage, créant un contexte environnemental défavorable. Selon H. Bruch (1964, 1969), il conviendrait de distinguer d'un côté la phase de création de l'obésité et de la prise de poids, et de l'autre la phase de stabilisation pondérale.

Quant aux facteurs psychosociaux ils jouent des rôles complexes. H. Bruch suggère, là aussi, qu'il faut distinguer parmi les facteurs psychosociaux :

– ceux qui jouent un rôle dans la création de l'obésité ;

– ceux qui sont créés par l'obésité ;

– ceux qui sont suscités par le désir de maigrir. Nous n'aborderons pas en détail ces points qui n'ont rien de spécifiques à l'adolescence par rapport aux autres âges (*cf. Enfance et psychopathologie*).

Conduites et personnalités de l'adolescent obèse. — Deux conduites alimentaires semblent assez spécifiques de l'adolescent : le grignotage et l'hyperphagie à connotation souvent familiale (*cf.* ci-dessus). Les crises de boulimie sont en revanche assez rares. La sensation de faim avant l'acte de manger n'est pas toujours retrouvée : les adolescents sont le plus souvent incapables de dire s'ils ont faim lorsqu'ils se livrent au grignotage. Celui-ci semble plutôt succéder à une sensation imprécise, indéfinissable, souvent connotée de malaise ou encore à un besoin (ou à un plaisir) de remplissage buccal, de mastication et de déglutition, en un mot d'une activité orale incessante. En outre, la prise alimentaire n'entraîne pas une sensation de satiété, mais plutôt un sentiment de culpabilité ou un état d'ennui supplémentaire. Ils mangent plus volontiers des aliments riches en graisse que les adolescents normopondéraux.

Classiquement l'adolescent obèse est décrit comme une personne inactive. Aux États-Unis, ces adolescents passent en moyenne trois à cinq heures par jours devant la télévision, ils ont moins d'activité physique (huit à dix minutes par jour!) et ont peu ou pas de loisirs actifs (A. Zametzin et coll., 2004). La notion d'ennui, sans qu'il s'agisse d'un réel état dépressif est souvent retrouvée. D'ailleurs la solitude complète ce sentiment d'ennui : l'adolescent se plaint d'un sentiment de vide, d'inutilité. Dans d'autres cas on décrit des états de tension anxieuse avec quelques traits névrotiques habituellement dans la série phobique.

On retrouve plus souvent des antéccédents de négligence, de délaissement parental, d'abus sexuel.

Sur le plan du diagnostic, les étiologies organiques, bien que rares, doivent être recherchées : causes hormonales (hypothyroidie, hypercortilosémie, hyper-insulinisme primaire, etc.), causes génétiques (syndrome de Willi-Prader, de Laurence Moon-Bield, de Turner, etc.).

Les complications sont d'autant plus fréquentes que l'obésité est précoce et importante. On décrit ainsi : une apparition et une augmentation de fréquence du diabète, y compris diabète de type 2 avec résistance à l'insuline exceptionnelle auparavant chez l'enfant et l'adolescent; asthme et troubles respiratoire; troubles cardio-vasculaires présents dès l'adolescence; problèmes orthopédiques, etc.

Quant aux troubles psychopathologiques, ces adolescents ont en général une mauvaise image du corps qui est corrélée avec une mauvaise estime de soi (celle-ci semble relativement préservée quand le sujet ne souffre pas d'une mauvaise image de corps). Sur ce plan, les filles sont plus perturbées que les garçons. Le cycle : frustration alimentaire pendant le régime-interruption et reprise de poids-sentiment d'échec, plus souvent constaté chez les filles, aggrave encore la mauvaise estime de soi, ce qui, indirectement, montre combien il faut être prudent et réservé sur ces prescription de régimes. Si les jeunes obèses semblent présenter un peu plus de troubles (comportement perturbé, dépressivité et surtout TCA avec crises boulimi-

ques), ces augmentations restent modérées et apparaissent comme la conséquence plus que la cause de l'obésité.

Pronostic. Évolution de l'obésité. — Tous les auteurs signalent la relative stabilité de l'obésité à travers les âges. Toutefois l'adolescence est une période privilégiée où la motivation thérapeutique peut devenir personnelle (et non plus parentale), où les modifications psychodynamiques peuvent favoriser la thérapie et où la pression de l'environnement est forte.

Hypothèses psychopathologiques. — L'hypothèse d'un facteur constitutionnel génétique repose sur la fréquente constatation de l'existence d'une obésité chez l'un ou les parents. Mais ce facteur est difficile à distinguer des habitudes alimentaires familiales : en effet l'hyperphagie d'entraînement est le plus souvent familiale. La faim semble être un état physiologique mal discerné, de même que la satiété. Face à tout état de tension indéterminée, qu'il s'agisse de faim, mais aussi un sentiment d'ennui, un état de solitude ou un malaise physique, ces adolescents recourent à une stimulation orale et à l'absorption de nourriture. Selon Bruch (1969) depuis la petite enfance ces adolescents ont reçu indistinctement de la nourriture comme réponse maternelle, quelles que soient leurs manifestations. Il y aurait ainsi une sorte de conditionnement conduisant l'enfant, puis l'adolescent, au recours alimentaire systématique face à toute tension.

Obésité et sexualité. — Lorsqu'elle persiste ou s'aggrave à l'adolescence, l'obésité sert fréquemment d'écran face à la sexualité, en même temps que la conduite hyperphagique et/ou du grignotage apporte des gratifications orales régressives et substitutives. Dans l'un comme l'autre sexe, mais peut-être plus encore chez la fille, l'obésité est parfois utilisée comme une défense face aux désirs sexuels, et aux sentiments de culpabilité qui peuvent les accompagner, en particulier quand il y a eu des antécédents d'abus sexuel.

Traitement. — Nous serons très brefs et nécessairement schématiques. L'obésité, sauf cas exceptionnel (surcharge pondérale supérieure à + 60 %), ne menace pas directement la vie de l'individu. Aussi, toute mesure coercitive, toute mesure qui n'a pas l'accord et ne suscite pas la participation active de l'adolescent est vouée à l'échec et néfaste. La prise en charge doit être pluridisciplinaire et plurifocale : pédiatre, diététicien (ne), psychologue, psychiatre, centrée sur l'adolescent mais aussi sur la famille et les habitudes alimentaires, éducative, voire ludique (atelier cuisine) autant que thérapeutique, individuelle et plus encore groupale.

Pour les traitements médicamenteux, rappelons qu'en France un décret a récemment interdit les « cocktails amaigrissants », rendant illicite l'association entre eux de l'un des produits appartenant aux trois classes traditionnelles des produits dits « amaigrissants » : hormones thyroïdiennes ;

diurétiques ; psychotropes et anorexigènes. À l'adolescence, la prescription médicamenteuse devrait être nulle ou du moins se réduire à un anxiolytique d'appoint.

L'hospitalisation, dans un but de déconditionnement, aussi bien à l'égard du contexte familial que des habitudes alimentaires, a pu être proposée, surtout dans les cas graves et quand l'adolescent en fait la demande (G. Schmit, 1981).

La psychothérapie, seule ou en groupe, nécessite des aménagements dont l'objectif essentiel est de donner à l'adolescent « la conscience des sentiments et des pulsions qui surgissent en lui-même ainsi que la possibilité d'apprendre à les reconnaître, les satisfaire ou les utiliser de façon pertinente » (H. Bruch, 1969). L'amaigrissement n'est jamais l'objectif prioritaire.

L'ANOREXIE MENTALE

L'anorexie mentale occupe une place particulière dans le champ de la pathologie mentale : sa stéréotypie clinique, la prévalence du sexe féminin et un âge de début assez caractéristique tranchent avec l'habituel polymorphisme des troubles psychopathologiques, surtout à l'adolescence. Cette stéréotypie clinique explique l'ancienneté de la description du syndrome et la constante recherche d'une étiologie organique s'inscrivant dans un schéma explicatif linéaire. Longtemps revendiquée exclusivement par les endocrinologues, l'anorexie mentale ne peut plus être considérée comme le pur résultat d'un désordre « neurovégétatif ». Son déterminisme psychogénétique semble accepté par le plus grand nombre, bien que cette position soit périodiquement remise en cause. Mais comme pour la boulimie que nous aborderons plus loin, ce déterminisme est complexe et toujours mal élucidé aujourd'hui. Des traits de tempérament comme le perfectionnisme (C. Bulik et coll., 2003) aux mouvements inconscients comme la quête de « néo-objets » sous emprise (P. Jeammet et M. Corcos, 2001), les facteurs en jeu aujourd'hui évoqués sont multiples et situés à des niveaux épistémologiques très différents.

Historique. — L'anorexie mentale est de connaissance fort ancienne puisque ses traits ont été remarquablement fixés dès le XVII[e] siècle par un auteur anglais Richard Morton. Sous le nom de « phtisie nerveuse », celui-ci décrit en 1689 chez une jeune femme, une consomption du corps qui apparaît sans fièvre, sans toux, sans dyspnée et qui s'accompagne d'une perte de l'appétit et des fonctions digestives. Morton insiste sur l'effrayante maigreur à laquelle peut conduire cette affection. Selon lui la maladie a une origine nerveuse et provient d'une altération de l'élan vital.

Mais classiquement, on attribue les premières descriptions de l'anorexie mentale à Ch. Lasègue et à W. Gull qui publièrent tous les deux à des dates rapprochées leurs expériences cliniques. W. Gull parle d'abord d'« Hysteria apepsia » (1868) puis à la suite du travail de Lasègue d'« Anorexia Nervosa » (octobre 1873). Ch. Lasègue évoque lui l'« anorexie hystérique » (avril 1873).

Les descriptions cliniques faites par ces auteurs mériteraient d'être relues intégralement tant elles conservent toute leur actualité : « peu à peu la malade réduit sa nourriture prétextant tantôt un mal de tête, tantôt un dégoût momentané, tantôt la crainte de voir se répéter les impressions douloureuses qui succèdent aux repas. Au bout de quelques semaines ce ne sont plus des répugnances supposées passagères, c'est un refus de l'alimentation qui se prolonge indéfiniment » (Ch. Lasègue). Le comportement hyperactif est aussi noté « les patients quoique extrêmement épuisés ne se plaignent pas de douleur ni du moindre malaise, et souvent étaient singulièrement agités et entêtés… » (W. Gull). « La malade loin de s'affaiblir, de s'attrister, déploie une façon d'alacrité qui ne lui était pas ordinaire : plus active, plus légère, elle monte à cheval, elle entreprend de longues courses à pied… » (Ch. Lasègue). Le désordre alimentaire est attribué à une perturbation mentale : « le manque d'appétit est dû à un état mental morbide… Je pense par conséquent que son origine est centrale et non périphérique » (W. Gull). Enfin, l'importance des relations familiales est, dès cette époque, clairement mise en relief. Une fois la maladie constituée, « la famille n'a à son service que deux méthodes qu'elle épuise toujours : prier ou menacer, et qui servent l'une comme l'autre de pierre de touche. On multiplie les délicatesses de la table dans l'espérance d'éveiller l'appétit : plus la sollicitude s'accroît, plus l'appétit diminue. La malade goûte dédaigneusement les mets nouveaux et après avoir ainsi marqué sa bonne volonté, elle se considère comme dégagée de l'obligation de faire plus. On supplie, on réclame comme une faveur, comme une preuve souveraine d'affection, que la malade se résigne à ajouter une seule bouchée supplémentaire au repas qu'elle a déclaré terminé. L'excès d'insistance appelle un excès de résistance » (Ch. Lasègue). « Le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait également regrettable d'omettre ou de méconnaître » (Ch. Lasègue).

Après ces descriptions princeps qui ont le mérite de mettre en valeur l'origine « morale et nerveuse » de l'affection, une période de relative confusion est dominée par les travaux de Simmonds qui en 1914 décrit un syndrome nouveau : la cachexie panhypophysaire. Pendant de longues années l'anorexie mentale est alors confondue avec cette affection organique, confusion qui servira longtemps à étayer la conviction partagée par certains auteurs d'une origine organique endocrinienne à l'anorexie mentale.

Il faudra attendre les années 1940 pour que soient reprises les hypothèses psychogénétiques. Les travaux sont alors très nombreux ; H. Bruch aux États-Unis, M. Selvini en Italie, Kestemberg E. et J., et Decobert en

France… dans des perspectives comportementales, psychanalytiques, systémiques ou autres, mais où la dimension psychologique domine toujours.

Récemment l'attention des cliniciens s'est plus particulièrement portée sur deux séries de facteurs : d'une part, une prise en compte globale de l'ensemble des troubles alimentaires de l'adolescence d'un point de vue épidémiologique mais aussi descriptif montrant la fréquente association anorexie-boulimie (*cf.* chap. 6, Évolution). D'autre part, une perspective dynamique nouvelle se dessine autour de la problématique de la dépendance et des pathologies qui y sont liées : si la boulimie est parfois décrite comme une « toxicomanie alimentaire », l'anorexie mentale apparaît comme une tentative de contrôler une dépendance en particulier une avidité orale ressentie de façon insupportable par l'adolescente. Ainsi, l'anorexie est parfois incluse parmi les « nouvelles addictions » (J.L. Venisse, 1991) rencontrées à l'adolescence.

Caractéristiques épidémiologiques. — La prédominance féminine est, dans toutes les études, écrasante : 90 à 97 % des cas. L'âge de survenue connaît deux pics : vers 15/16 ans et 18/19 ans, âge fréquent du premier diagnostic.

La prévalence, difficile à évaluer, semble selon les études osciller entre 0,1 et 0,5 % pour la population féminine de 16 à 25 ans (P. Hardy et N. Dantchev, 1989). Ce taux paraît relativement stable au cours des années récentes.

Les apparentés au premier degré ont un taux plus élevé d'anorexie mentale que la population générale, de même pour les jumeaux en particulier homozygotes sans qu'on puisse expliquer cette incidence élevée pour une pathologie essentiellement psychogène.

Enfin, on note une importante pathologie co-morbide : épisode dépressif majeur ou dysthymie (50 à 75 %), avec pour les troubles bipolaires une prévalence de 4 à 6 %. Pour les troubles obsessifs-compulsifs (TOC), la prévalence est d'environ 25 % (K.A. Halmi et coll., 1991). On note également une comorbidité importante avec les troubles anxieux, en particulier phobie sociale. L'usage abusif de substances n'est pas rare, mais plus souvent associé aux formes avec crises de boulimie et/ou usage de purgatifs : 12 à 17 % (D.B. Herzog et coll., 1992).

La famille appartient souvent aux classes socioprofessionnelles moyennes ou aisées. Contrairement à de nombreuses autres pathologies psychiatriques, divorces et séparations parentales ne sont pas plus fréquents : les familles au statut matrimonial « normal » semblent surreprésentées. On trouve plus souvent des troubles des conduites alimentaires dans les familles d'anorexiques que dans les familles témoins : il y aurait ainsi trois fois plus d'anorexiques parmi les apparentés au premier degré d'un sujet anorexique et 2,7 fois plus de boulimiques (M. Strober, 1985).

Enfin, certains milieux socioprofessionnels ou culturels semblent « à risque » : mannequins, danseuses (nombreuses sont les adolescentes anorexiques qui pratiquent la danse classique).

Le « syndrome anorexique » : description clinique. — Le tableau clinique est très caractéristique. Il se constitue en 3 à 6 mois, après une période marquée par un désir de « suivre un régime » pour perdre quelques kilogrammes jugés superflus. À noter que dans quelques cas il existait une réelle et discrète sub-obésité infantile. En général ce désir initial est accepté par la famille, d'autant que parfois d'autres membres (la mère le plus souvent) entreprennent un régime identique. Un événement déclenchant peut être incriminé : conflit ou séparation familiale, deuil, naissance, rupture sentimentale, etc., événement qui prend le plus souvent l'aspect d'une perte-séparation.

La restriction alimentaire s'aggrave et le syndrome anorexique devient évident. Il associe :

La conduite anorexique. — La restriction alimentaire modérée au début devient méthodique, résolue, poursuivie avec énergie dans l'intention claire de maigrir. Consacré par l'usage, le terme « anorexique » n'est cependant pas adéquat car la faim est habituellement ressentie de façon intense du moins au début, la patiente cherchant à contrôler cette faim. Certains auteurs ont d'ailleurs évoqué l'« orgasme de la faim », véritable jouissance tirée par l'anorexique de sa maîtrise sur le besoin physiologique. Ceci explique l'habituel paradoxe : alors que le régime est de plus en plus draconien réduit à quelques centaines de calories, les ingesta de plus en plus limités et rares, la pensée de l'anorexique est de plus en plus envahie par l'idée de nourriture et de régime : comptage des calories absorbées, évaluation des actes nécessaires pour éliminer ce qui a été avalé, etc.

Le comportement alimentaire se modifie : la patiente sélectionne de plus en plus les aliments, dissèque les morceaux en des portions de plus en plus minimes, trie interminablement le contenu de son assiette, mâche inlassablement, recrache parfois. Les repas familiaux sont l'occasion de conflits et de tensions en raison soit de l'insistance parentale soit inversement de leurs efforts pour ne rien dire. L'issue de ces conflits est habituellement la fuite de l'un des membres dans une autre pièce. Très souvent l'anorexique finit par s'isoler dans la cuisine pour préparer ses repas, manger à l'abri des regards familiaux.

Si la réduction alimentaire est souvent régulière et progressivement croissante, parfois elle est entrecoupée de crises boulimiques véritable rupture dans la tentative de maîtrise. Ces crises sont toujours vécues avec un sentiment de faute, de dégoût et de honte entraînant à la fois des manœuvres pour évacuer les calories prises (vomissements, laxatifs,

épreuves physiques supplémentaires) et une recrudescence ultérieure du comportement restrictif.

Quand l'amaigrissement est important confinant à la cachexie, une véritable anorexie peut s'installer avec une perte totale de la sensation de faim (on invoque l'hypersécrétion de certaines endorphines à action anorexigène).

L'amaigrissement. — Modéré au début, il devient rapidement spectaculaire. Il dépasse 20 à 30 % du poids initial et peut aller jusqu'à 50 % dans les formes cachectisantes. On observe une fonte du panicule adipeux, une amyotrophie donnant aux membres un aspect fragile, grêle, faisant ressortir les articulations ; les phanères deviennent secs, cassants, les cheveux ternes ; une hypertricose (hypercorticisme réactionnel), des troubles circulatoires avec des extrémités froides apparaissent dans les amaigrissements sévères.

L'attitude de la patiente vis-à-vis du poids est caractéristique : elle se pèse régulièrement, se sent satisfaite, triomphante et fière d'elle-même quand elle constate une perte de poids ; elle dénie l'amaigrissement, parfois même se trouve encore trop grosse alors que le déficit pondéral est important. Elle conserve souvent un sentiment de dysmorphophobie localisée (grosses cuisses ou fesses, etc.) malgré la maigreur évidente. En revanche, la constatation d'une reprise pondérale est accompagnée d'un sentiment de pesanteur, d'accablement, de mécontentement et de colère intérieure.

Dans les formes cachectisantes et dans les formes contemporaines de la puberté, des complications somatiques peuvent apparaître (voir chap. 6, Évolution).

L'aménorrhée. — C'est un signe constant, considéré par certains comme nécessaire au diagnostic. Parfois primaire quand l'anorexie mentale survient en début de puberté, elle est le plus souvent secondaire. Le rapport entre aménorrhée et amaigrissement n'est pas simple puisque l'aménorrhée peut apparaître dès le début de l'amaigrissement, le suivre après quelques mois et parfois même le précéder. En général, l'aménorrhée persiste après la reprise pondérale.

L'adolescente exprime le plus souvent une indifférence envers cette aménorrhée, plus rarement une satisfaction. En revanche, après la reprise pondérale, la persistance de l'aménorrhée est souvent ressentie de façon négative par la patiente comme une sorte de « résistance » du corps à une volonté de normalisation ou d'effacement des symptômes. Parfois la demande d'un traitement hormonal substitutif (pilule) peut avoir une telle signification : disparition apparente des symptômes et normalisation de surface.

À côté de ces trois symptômes typiques, nous ajouterons l'hyperactivité, les troubles de perception de l'image corporelle, le désintérêt pour la sexualité et les activités sociales.

L'hyperactivité. — Elle est intellectuelle et/ou physique. Il existe en général un hyperinvestissement dans le travail scolaire : la performance scolaire est recherchée pour elle-même, sans prendre un réel plaisir au fonctionnement intellectuel. Les patientes passent de longues heures à étudier, apprendre « par cœur » réussissant mieux dans les matières qui font appel au savoir et à la mémoire que dans les matières nécessitant l'imagination ou la créativité. Cet investissement au travail est le prétexte à un fréquent isolement social, au refus des consultations et des démarches thérapeutiques qui font « perdre du temps ». Il représente aussi un secteur où adolescente et parents sont liés par une estime, une admiration ou une satisfaction réciproque. Cependant, il n'est pas rare d'observer une baisse des performances scolaires à mesure que la scolarité progresse : alors que les résultats étaient brillants au collège, ils deviennent moyens au lycée, l'échec relatif ou complet est fréquent au début des études supérieures. En dehors de la scolarité proprement dite, il y a souvent peu d'intérêt pour des activités culturelles, de loisirs ou de détente sauf quand elles s'accompagnent d'une activité physique (danse).

L'hyperactivité physique n'est en rien modifiée par l'amaigrissement. Il arrive même que plus l'anorexique est maigre, plus elle se sent « énergique » et s'active : longue marche, « jogging » ; elle patine, danse, nage, préférant les sports solitaires aux sports collectifs. Cette activité peut confiner à un ascétisme accompagné d'une quasi-maltraitance physique : exposition au froid, réduction du sommeil, bains froids, privations diverses, etc. Dans certains cas un activisme domestique peut apparaître (ménage, cuisine, etc.) aboutissant à une sorte d'emprise sur la vie familiale qui peut être à l'origine de conflits avec les parents, la fratrie.

La perception déformée de l'image du corps. — Elle est habituelle. Il existe une crainte obsédante d'être grosse persistant même quand l'amaigrissement est important. Cette crainte peut prendre l'aspect de dysmorphophobies localisées (ventre, fesses, cuisses, trop gros). La reprise de poids suscite une peur intense de grossir et de ne plus avoir de limites.

Le désintérêt pour la sexualité. — Il est fréquent. Les transformations corporelles de la puberté sont niées, source de gêne. Les activités sexuelles sont ignorées, bien que, le contexte social évoluant, il est moins rare de rencontrer des anorexiques ayant des relations sexuelles. Dans ces cas, il s'agit d'activités conformistes, pour faire comme les autres, sans implications affectives autre qu'une éventuelle gratification narcissique. Le désir de retrouver un corps prépubertaire est parfois directement exprimé, de même que le refus de « grandir ».

Les relations sociales sont souvent pauvres, réduites aux contacts scolaires, simple camaraderie de surface. Parfois une implication sociale d'allure idéologique mobilise l'énergie du sujet.

La famille de l'anorexique. — Dès les premiers travaux de Lasègue et de Gull, l'importance du contexte familial avait été mise en évidence. En dehors des hypothèses étiopathogéniques faisant intervenir la nature des premières relations mère-enfant (H. Bruch, A. Doumic) que nous reverrons au paragraphe « psychopathologie », une certaine typologie psychologique fut proposée par de nombreux auteurs, centrée tantôt sur la mère elle-même, tantôt sur le couple parental, tantôt sur l'ensemble de la dynamique familiale.

Les mères d'anorexiques sont décrites comme anxieuses et hypocondriaques. Elles seraient ambitieuses et utiliseraient volontiers leur enfant comme une valorisation narcissique d'elle-même (J.A. Sours, 1969). L'intérêt dans l'apparence physique de l'enfant est excessif. Elles seraient hyperprotectrices, ayant des difficultés à percevoir les besoins propres de leur fille et tendance à maintenir une confusion entre elle et leur enfant (M. Selvini, 1963). Dans d'autres cas, on les décrit comme « froides » peu intéressées par la rêverie, l'imaginaire, valorisant chez leur fille l'aspect opératoire.

Les pères sont plutôt chaleureux, volontiers permissifs et effacés, intervenant peu dans les décisions familiales. Il existe souvent un lien père-fille de grande connivence teintée d'éléments névrotiques (lien œdipien père-fille particulièrement intense). On a aussi parlé de pères « maternisés » (E. Kestemberg et coll., 1972).

Le couple donne une apparence d'union satisfaisante, mais souvent superficielle. La « bonne entente » de surface masque en général des tensions et des conflits intenses mais non verbalisés. Le déséquilibre dans le couple est fréquent, l'un des deux étant souvent très perturbé : traits psychotiques, dépression (Ph. Jeammet). Les interactions familiales sont souvent très rigides et pathologiques nécessitant une approche thérapeutique familiale (M. Selvini, 1963). Toutefois, il est bien difficile d'évaluer, face à une conduite si alarmante et à un état physique si dégradé, ce qui, dans les interactions familiales, est cause ou conséquence de l'anorexie mentale.

Les remaniements suscités par le symptôme sont nombreux, focalisés bien évidemment autour de la prise de nourriture : menace et séduction, prière et chantage, sollicitude et indifférence, alternent dans le temps et d'un parent à l'autre. La fratrie peut participer à ces conflits, accusatoire le plus souvent. B. Brusset évoque la « demande paradoxale » que l'anorexique exerce sur la famille et surtout sa mère : la maigreur, le dépérissement suscitent un besoin culpabilisé de la nourrir, ce qu'intellectuellement l'anorexique refuse avec une extrême énergie, les parents pouvant se sentir coupables de laisser ce corps dépérir, mais aussi coupables des manœuvres de contraintes ou séductions : le lien de dépendance culpabilisé entre les divers membres de la famille ne fait que se renforcer.

La dépendance entre les membres de la famille peut devenir extrême, l'un des parents accompagnant presque en permanence la patiente. Celle-ci veut contrôler l'ensemble de la vie familiale : repas, loisirs, sorties. Des manifestations coléreuses succèdent aux exigences non satisfaites. Dans d'autres cas,

en dehors du refus alimentaire, l'anorexique se montre particulièrement docile et soumise, la famille s'installant dans un climat d'allure idyllique et aconflictuel renforçant la dépendance et justifiant le refus de soin ou de séparation.

Les signes biologiques. — Malgré de multiples explorations entreprises, aucun signe spécifique n'a jusqu'alors été retrouvé. Les signes biologiques sont la conséquence de la réduction alimentaire puis de l'amaigrissement. Cependant, il existe aussi un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire non entièrement explicable par l'amaigrissement, dysfonctionnement qui disparaît avec l'amélioration clinique.

Nous ne détaillerons pas les multiples signes biologiques (désordre hydro-électrolytique, hypoglycémie), électriques (désordre électro-cardiographique), sanguins (anémie, leucopénie, hypoplasie médullaire). Des œdèmes de carences peuvent apparaître.

Si le déficit calcique n'est pas immédiatement perceptible, on décrit de plus en plus souvent un risque d'ostéoporose secondaire due à la malnutrition associée à l'arrêt de la fonction œstrogénique.

Le retentissement sur la croissance est d'autant plus à craindre que l'anorexie est contemporaine de la puberté et de la poussée de croissance. Un arrêt de la courbe de croissance peut s'observer (les taux d'hormone de croissance sont habituellement normaux mais la somatomédine est effondrée).

Évolution. — Il est quelque peu artificiel d'étudier séparément l'évolution de l'anorexie et la structure psychopathologique qui sous-tend cette conduite, puisque les deux sont intimement liées. Il importe toutefois de distinguer :

– *Les formes mineures*, assez fréquentes. On y retrouve la totalité de la symptomatologie. Elles apparaissent plus souvent chez une jeune adolescente de 13-14 ans, fille unique. L'épisode anorexique s'étend sur quelques mois, puis disparaît, soit spontanément, soit après quelques réaménagements familiaux effectués sur les conseils du pédiatre ou du psychiatre, en réalité rarement consulté à ce stade.

– *Les formes graves cachectisantes*. L'installation dans la cachexie représente un risque évolutif notable. Autour de cette cachexie s'observe une redistribution des relations familiales : le symptôme permet une abrasion de l'agressivité mère-fille et la maigreur autorise une relation de connivence père-fille d'où la sexualité est exclue.

Toute intrusion dans l'équilibre familial est perçue comme dangereuse, y compris à un stade où la survie de l'adolescente devient aléatoire. Si la mort est moins souvent qu'autrefois l'issue finale et dramatique, en revanche, l'arrivée en urgence dans les services de réanimation intensive n'est pas rare. Pour la famille, y compris l'adolescente, c'est un moyen supplémentaire de

dénier la dimension psychopathologique. Il n'est pas rare de voir se répéter ces séjours en réanimation. La mort reste l'évolution possible surtout si une maladie intercurrente fait basculer le fragile équilibre physiologique. La mortalité est en moyenne de 5 à 7 % selon les diverses études, pour moitié conséquence directe de la dénutrition mais pour moitié liée au suicide dont le poids tend à croître avec la durée de la catamnèse (G. Patton, 1988).

– *L'évolution intermédiaire* est ponctuée d'épisodes anorexiques entrecoupés de reprise transitoire de poids, soit du fait des crises boulimiques de la patiente, soit en raison des hospitalisations. L'anorexique traverse ainsi son adolescence et l'entrée dans l'âge adulte, en établissant avec l'entourage familial ou médical, des relations au sein desquelles la dimension psychopathique, toxicomane ou perverse peut devenir prédominante.

Dans l'évolution au long cours, le pourcentage des patients qui récupèrent complètement reste modeste (D.B. Herzog et coll., 1996) : au bout de 4 ans, 44 % ont une bonne récupération (poids sensiblement dans les zones de la normalité, règles régulières), 24 % conservent des symptômes (poids insuffisant, absence de règle) et 28 % sont entre les deux. À 7,5 ans, il n'y a plus que 33 % de patients avec une bonne évolution (D.B. Herzog et coll., 1999). On note dans toutes les catamnèses environ 5 % de décès moitié par suicide, moitié de complications liées à la dénutrition. En outre, cette mortalité augmente avec la durée du suivi, et dans une enquête sur plus de vingt ans, elle atteint 20 % (S. Theander, 1996).

Mais au-delà de ces critères descriptifs, les deux tiers des patients continuent d'avoir des préoccupations intenses sur le poids et la nourriture et plus de 40 % conservent des crises boulimiques et les pathologies co-morbides dont souffrent ces patients sont fréquentes.

Wentz et coll. (2001), dans l'enquête de Göteborg, donnent des résultats similaires sur un suivi de 10 ans (AM à l'âge de 15 ans revue à 21 puis à 25 ans) : 27 % de mauvaise évolution, 29 % intermédiaire et 43 % d'évolution favorable, selon des critères prenant en compte non seulement le poids, l'alimentation, le retour des règles mais aussi les autres manifestations psychiques, l'équilibre affectif et social (critères de Morgan-Russel). Au terme du suivi, un quart des patientes AM conservent des troubles alimentaires ; pendant les dix ans de ce suivi, environ la moitié de ces patientes AM ont présenté une BN et les trois quart ont présenté à un moment ou un autre des symptômes boulimiques ; presque toutes les patientes AM ont présenté pendant ce suivi un trouble affectif, mais au terme du suivi seule 10 % d'entre elles avaient encore un trouble affectif ; plus d'un tiers des patientes AM ont présenté un diagnostic de trouble obsessif compulsif (TOC) symptômes qui précédaient le plus souvent ceux de l'AM.

Toutefois des études catamnestiques au long cours montrent aussi la possibilité d'une disparition progressive des signes cliniques : ainsi pour Ph. Jeammet et coll., dans 70 % des cas les règles réapparaissent 12-18 mois après le dernier épisode, dans 80 % des cas le poids et les conduites alimen-

taires se stabilisent autour d'une relative normalisation et 50 % des anorexiques peuvent être considérées comme guéries avec un recul moyen de 11 ans (Ph. Jeammet 1993 ; G. Agman et coll., 1994).

Ultérieurement, la patiente se marie (60 % des cas) et « fonde une famille » dans un climat de conformisme social. Avec 10 ans de recul, 69 % ont au moins un enfant. Une procréation médicalement assistée est de plus en plus souvent demandée quand persiste une stérilité psychogène ce qui n'est pas sans poser de délicats problèmes.

– *Quelques éléments de pronostic :* en dehors de la structure psychopathologique, les facteurs de mauvais pronostic semblent être un poids initial très bas, la présence de vomissement, une mauvaise réponse au traitement initial, des distorsions dans les interactions familiales avant le début de la maladie (L.K.G. Hsu, 1990). Les patients anorexiques avec manœuvres purgatives ont une plus grande probabilité de développer des complications médicales graves. En général, les adolescents ont un meilleur pronostic que les adultes et les jeunes adolescents un meilleur pronostic que les plus âgés (N.P. Nussbaum et coll., 1985 ; R.E. Kreipe et coll., 1989). Toutefois, nombre de patients ont une évolution indépendante de ces critères.

En revanche, selon Ph. Jeammet et coll., la nature, la qualité, la cohérence et la durée du traitement constituent des facteurs externes essentiels au pronostic. Ainsi, les changements de lieu d'hospitalisation, les conduites de « forçage alimentaire » semblent aboutir à des rechutes chaque fois plus graves et rigidifier le fonctionnement psychique. Cependant, il est difficile de trouver dans les seuls facteurs externes, des indices fiables de pronostic. L'évaluation psychodynamique de l'adolescente est nécessaire.

Formes cliniques

L'anorexie mentale masculine. — Elle est beaucoup plus rare que chez la fille, l'anorexie mentale peut concerner les garçons dans une proportion qui oscille entre 3 et 20 % des cas selon les auteurs.

Il peut s'agir de formes typiques d'anorexie, les garçons étant cependant moins actifs que les filles. Toutefois, il n'est pas rare que le comportement anorexique du garçon s'installe soit au sein d'une organisation psychopathologique plus définie telle qu'une psychose marquée alors par un investissement délirant de la nourriture ou de l'incorporation, soit dans la prolongation d'une anorexie de la petite enfance. La crainte de l'obésité paraît au second plan derrière l'importance de l'angoisse et des manifestations hypocondriaques retrouvées plus souvent que chez la fille.

L'anorexie prépubère. — Elle représente 5 à 10 % des cas. Elle est considérée comme grave par la rigidité des mécanismes psychiques individuels et familiaux rencontrés, la gravité des troubles de la personnalité

associés (pathologie narcissique grave, psychotique). Le retentissement somatique est important dominé par l'arrêt de la croissance. Celui-ci est le plus souvent réversible mais pas toujours complètement : une perte du gain statural normal est habituelle.

Diagnostic psychiatrique. — Le diagnostic positif et différentiel ne pose habituellement aucun problème à la condition d'être suffisamment vigilant pour reconnaître les quelques cas de cachexies secondaires à une origine organique (tumeurs centre-encéphaliques par exemple). Il convient aussi selon H. Bruch et J. Sours de distinguer l'anorexie mentale vraie, de la restriction alimentaire due à un investissement délirant de la nourriture ou de certains aliments (*cf.* p. 138) comme on l'observe dans certaines psychoses paranoïdes en particulier.

Le diagnostic selon les termes de la nosographie psychiatrique traditionnelle a été à l'origine de nombreux travaux. On peut distinguer deux grandes positions théoriques : 1) les auteurs qui font de l'« Anorexie Mentale » une entité autonome, sans rapport avec la nosographie classique ; 2) les auteurs qui considèrent la conduite anorexique comme un symptôme et cherchent, par-delà la description sémiologique, à rattacher l'« Anorexie Mentale » à une catégorie nosographique connue.

Dans ce second courant, de nombreux diagnostics ont été proposés. Déjà, Lasègue rangeait l'entité qu'il décrivait dans le groupe des hystériques (« Anorexie Hystérique »). On a évoqué la possibilité d'une névrose compulsive (Palmer et Jones). L'hypothèse d'une psychose schizophrénique ou d'une forme particulière de psychose maniaco-dépressive a aussi été avancée. De même, on a évoqué l'hypothèse d'une forme particulière de perversion.

En réalité, les auteurs actuels tendent à considérer l'anorexie mentale, non pas en terme de diagnostic psychiatrique traditionnel, mais selon une constellation de symptômes ou de traits psychopathologiques qui, en fonction des regroupements prévalents rangent ces patients sur un continuum diagnostic (J. Sours, 1969) fréquemment apparenté au groupe des États Limites. Ainsi pour E. Kestemberg et coll. (1972), les anorexies mentales évoquent « des organisations complexes et spécifiques » rejoignant d'une part certaines névroses de caractère, et faisant penser d'autre part à certaines structurations psychotiques de la personnalité. Ces auteurs parlent de « psychose froide » caractérisée par une organisation fantasmatique toujours fixe, immuable, permettant l'occultation des conflits, une relation fétichique à l'objet, celui-ci étant à la fois hors du sujet tout en le représentant, illustrant ainsi la relation de dépendance.

Cette perspective rend compte de la fréquente comorbidité évoquée selon un modèle rigoureusement descriptif. On décrit ainsi une association avec :

– des troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur ou dysthymie selon les critères du DSM-IV) : 50 à 75 % des cas ;

– des troubles de la sexualité ;

– des conduites addictives : lorsque l'anorexie mentale reste isolée, ces conduites sont peu fréquentes. En revanche, quand des comportements boulimiques alternent avec l'anorexie, on observe souvent la survenue d'autres conduites addictives : alcool, toxicomanies diverses, automutilation ou tentatives de suicide à répétition ;

– la personnalité « borderline » est décrite comme un « facteur associé » dans 2 % à 60 % des cas ! (ce qui témoigne, entre autres, des limites inhérentes à ce modèle purement descriptif et statistique).

Hypothèses étiologiques organiques. — Considérée, à la suite des travaux de Simmonds sur le panhypopituitarisme, comme le résultat d'un désordre neuroendocrinien central, l'anorexie mentale n'est plus de nos jours réduite à sa seule expression somatique. Toutefois, devant la conduite anorexique que la patiente rationalise parfois consciemment comme résultat d'une absence de sensation de faim, mais aussi devant l'existence d'épisodes boulimiques, certains auteurs évoquent la possibilité d'un dérèglement des centres de la faim et de la satiété.

Les modifications des taux intracérébraux de certains neuropeptides en particulier endorphiniques observées dans des cas d'anorexies graves peuvent aller en ce sens. Il apparaît toutefois probable que ces modifications sont la conséquence et non la cause de la perturbation alimentaire.

Éléments de réflexion psychopatholoqique. — En 1965, le symposium de Gottingen avait formulé des conclusions qui restent pertinentes :

– l'anorexie mentale exprime une incapacité d'assumer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations de la puberté ;

– le conflit se situe au niveau du corps qui est refusé et maltraité et non au niveau des fonctions alimentaires (sexuellement investies) ;

– la structure de l'anorexie mentale est différente de celle d'une névrose classique.

Sur ces bases on peut actuellement distinguer quatre grands modèles autour desquels s'articulent la compréhension psychogénétique de l'anorexie mentale. Il va de soi que ces modèles ne s'excluent pas, il est fréquent au contraire de les voir s'associer : 1) un modèle de compréhension centré sur l'étude des interactions alimentaires précoces mère-bébé, puis des interactions famille-enfant : des déviances initiales résultent les modalités actuelles de la dynamique familiale et individuelle. Il s'agit donc ici de l'anorexique dans sa famille à travers son histoire ; 2) un modèle de compréhension lié à la problématique de l'image du corps et de la place de la sexualité ; 3) un modèle de compréhension psychanalytique synchronique où une organisa-

tion fantasmatique particulière propre à l'anorexie mentale est décrite ; 4) un modèle « addictif » autour du conflit lié à la dépendance, intégrant la conduite anorexique au sein des « nouvelles addictions » (*cf.* chapitre 13).

Les hypothèses ontogéniques. — Nous ne reviendrons pas ici sur la description déjà faite des particularités familiales. H. Bruch fait remonter l'origine des troubles à une méconnaissance des besoins du corps, et à un trouble secondaire à la perception de l'image du corps. Cette méconnaissance serait liée aux premières expériences défectueuses du nourrisson : il aurait reçu de sa mère des réponses inadaptées, chaotiques, négligentes ou excessives à ses diverses demandes. Ces apprentissages précoces trompeurs ne permettraient pas au nourrisson, puis à l'enfant et l'adolescent de reconnaître les besoins de son corps propre. L'enfant apprendrait à répondre exclusivement aux sensations et aux besoins corporels de la mère et non aux siens ; ceci provoquerait des perturbations dans l'établissement des limites du moi, de l'identité fondamentale et de l'image du corps. On le sait, dans l'anorexie mentale il existe une perception déformée, parfois quasi délirante de l'image du corps avec un déni de l'amaigrissement et une crainte durable d'être gros. Ces perturbations dans la reconnaissance et la discrimination cognitive des stimuli corporels concernent la faim et la satiété, mais aussi la fatigue, la faiblesse et le froid. L'incapacité d'intégrer et de comprendre les divers états affectifs expliquerait aussi, selon H. Bruch, l'absence d'intérêt pour la sexualité.

De manière moins spécifique, certains auteurs (B. Brusset, 1977) ont pu rendre compte de la prévalence de l'anorexie mentale dans le sexe féminin à partir des constatations faites d'une plus mauvaise adéquation entre la mère et son bébé-fille qu'entre elle et son bébé-garçon pour ce qui concerne les modalités d'alimentation. O. Brunet et I. Lézine (1965) ont en effet observé que l'alimentation des bébés-filles paraissait beaucoup plus conflictuelle, contrôlée que celle des bébés-garçons. Cette constatation ne saurait certes suffire à elle seule: il ne faut pas oublier les facteurs culturels, ceux liés aux aléas de la sexualité féminine, etc.

Cependant, nombreux sont les auteurs (Brusset, Jeammet) qui insistent sur les défaillances dans les processus d'identification primaires mère-fille marqués par un lien de dépendance où domine l'ambivalence. La nature de ces liens primaires expliquerait les fréquentes failles narcissiques observées chez ces patientes, failles responsables des perceptions déformées de l'image de soi et du corps.

L'anorexique et son corps. — La concordance de l'anorexie mentale et de l'adolescence a fait considérer cette maladie comme une sorte de névrose actuelle en rapport avec la maturation pubertaire, hypothèse allant dans le sens d'une origine psychosomatique de l'anorexie mentale. Les conduites d'ascétisme assez fréquentes chez de nombreux adolescents (*cf.* chap. 6, Le

besoin de maîtrise) deviennent caricaturales dans l'anorexie mentale (S.L. Mogul, 1980), ascétisme qui permet de dénier les besoins corporels, puis la féminité et d'ignorer les désirs génitaux.

Selon M. Selvini, le corps est l'objet direct d'une haine : il est possédé par un mauvais objet (« une mauvaise mère »), persécuteur interne confondu avec le corps. Ce mauvais objet est lié génétiquement à la relation précoce mère-enfant. Il existe un état de détresse du moi, source de dépression face à la menace d'un corps qui grossit.

L'anorexique lutte contre la sensation de faim vécue comme un état de manque oral en raison de la dimension persécutive que prend l'incorporation de l'objet. En effet, selon cet auteur, il y a un clivage dans le moi entre le sujet et le corps, marqué par une projection extrapsychique mais restant intracorporelle des mauvaises parties du soi et des objets.

Toutefois B. Brusset relève, sous-jacent à ce clivage, l'existence d'un investissement narcissique focalisé sur le corps, véritable assujettissement au corps qui permet de dénier la contrainte des désirs et des investissements d'objets. Cet assujettissement au corps oblige l'adolescente à rechercher « des sensations corporelles qui sont par là même, concrétisées et déconnectées des représentations qui leur correspondent » (B. Brusset, 1993).

Le corps devient alors le support d'une sorte d'idéalisation mégalomaniaque défensive. Corps idéalisé, désincarné, indestructible, épuré, il devient une abstraction sur laquelle se concentre le besoin de maîtrise, d'emprise dans une identification à l'image de la toute-puissance maternelle. L'anorexique en arrive à cette position paradoxale : d'un coté un corps idéalisé, objet de désir, de l'autre un corps réel, objet de dénégation (E. Kestemberg et coll.). Il y aurait ainsi une sorte de cercle vicieux qu'on peut résumer de la sorte : mauvais objets internes menaçants, projection extrapsychique mais intracorporelle de ceux-ci, clivage protecteur entre le corps et le sujet, ascétisme et maîtrise de ce corps, idéalisation narcissique compensatoire du corps désincarné, identification par l'intermédiaire de ce corps à l'omnipotence maternelle, crainte renforcée du mauvais objet interne, etc. C'est ce que B. Brusset appelle le « processus anorexique » aboutissant à une sorte de nivellement et d'abrasion des différences, processus qui expliquerait le monomorphisme des divers cas d'anorexie mentale arrivés à la période d'état.

L'anorexique et ses fantasmes. — Sous l'apparente richesse de la vie fantasmatique telle qu'elle peut apparaître au cours des premiers entretiens, la difficulté associative devient rapidement évidente en psychothérapie. Cette difficulté associative est due à l'importance de la rationalisation qui opère une véritable emprise sur le fonctionnement mental, et laisse vite percevoir l'utilisation prévalante de mécanismes dits archaïques : clivage, projection, identification projective, déni, idéalisation. Ces rationalisations sont soutenues par un investissement défensif de l'érotisme anal de maîtrise et de contrôle, tant de la personne propre que de l'entourage. Le contrôle et

la maîtrise (du corps, des besoins physiologiques, de la famille, du « corps » médical) nourrit l'idéal du moi et sa relative fusion avec le moi actuel aboutit à une sorte d'indistinction profonde y compris entre les diverses zones érogènes (E. Kestemberg et coll.) : confusion fréquente entre génitalité et oralité, impression de n'être qu'un tube aux orifices quasi interchangeables (voir les multiples pratiques anales visant comme le vomissement à vider le tube : laxatifs, lavements). Enfin pour E. Kestemberg et coll. tous ces mécanismes sont au service d'une vie fantasmatique dominée par l'enflure narcissique, l'anorexique cherchant la fusion de son idéal du moi et de son moi présent, tel que le corps désincarné l'idéalise : ce corps asexué, sans désir témoigne de sa mégalomanie omnipotente. Au plus secret de l'anorexique siégerait le plaisir teinté de perversion pris à l'orgasme de la faim (E. Kestemberg), la satisfaction étant apportée par la non-satisfaction : « cette organisation particulière rassemble en effet une mégalomanie secrète, constamment agissante à l'ombre de l'état pitoyable du corps malmené, dont le plaisir se concentre dans l'ivresse muette de la faim recherchée, pourchassée et retrouvée, mais se ramifie aussi dans le vertige de la domination de la bête par le cavalier (la bête étant le corps et des besoins maîtrisés par le sujet) » (E. Kestemberg et coll., 1972).

L'« addiction anorexique ». — Ivresse et vertige tels que décrits dans la citation précédente, mettent en lumière l'importance des sensations. Ce recours aux sensations, sorte d'érotisme primaire narcissique, est au centre de la compréhension actuelle de cette pathologie, véritable modèle du conflit typique de l'adolescent, c'est-à-dire le conflit narcissico-objectal base du travail identificatoire (voir identité-identification p. 24). Le besoin objectal, avivé par une oralité envieuse est ressenti comme une menace pour un narcissisme fragile. L'anorexique dénie la dépendance à tout investissement d'objet, elle s'installe aussitôt dans une dépendance à ce déni qui est actualisée non pas sous forme de pensées ou d'émotions, mais sous forme de sensations : cette sensation de faim (« orgasme de la faim ») crée un véritable « néo-objet de substitution représentant un aménagement de type pervers de la relation » (Ph. Jeammet, 1993). Grâce à cette sensation intracorporelle l'adolescente anorexique n'a besoin de rien et se sent omnipotente. Le conflit lié à la dépendance se déplace sur l'aliment et prend la faim comme enjeu. Il s'agit d'une véritable conduite d'« autosabotage » non seulement des besoins physiologiques mais aussi des capacités d'élaboration psychique, inscrivant l'anorexique dans une dépendance paradoxale dont elle garde la maîtrise : la dépendance à son refus et aux sensations qui en découlent.

De récents travaux biologiques semblent conforter ce rapprochement entre anorexie mentale et addiction : on observe chez les patientes anorexiques une concentration élevée d'un sous-type de récepteurs à la sérotonine, le 5HT4, lequel est impliqué dans l'effet anorexigène d'un des composants de l'ecstasy au niveau du noyau accumbens du cerveau.

Traitement. — Nous serons très schématiques. Nous ne reviendrons pas ici sur l'impressionnante panoplie des méthodes coercitives utilisées pour « faire grossir les anorexiques ». Sauf cas de cachexie avancée où la survie est en jeu, nécessitant alors les mesures de réanimation appropriées en milieu spécialisé, mesures auxquelles les anorexiques se soumettent en général presque de « bonne grâce », les méthodes contraignantes et coercitives sont peu à peu abandonnées.

Elles apparaissent contre-indiquées en dehors de l'absolue nécessité organique car le recours à de telles méthodes constitue toujours une redoutable complication pour le traitement au long cours.

Le suivi ambulatoire. — Il repose sur une approche plurifocale et un contrat de reprise de poids : il est exigé de la patiente une reprise progressive et régulière de poids faute de quoi une hospitalisation avec séparation du milieu familial sera nécessaire. Un poids « minimal » peut également être précisé. La reprise de poids est régulièrement « contrôlée » (à une fréquence qui dépend de l'importance de l'amaigrissement : hebdomadaire, bimensuelle mais rarement moins au début), de préférence par un médecin somaticien (pédiatre, généraliste) travaillant en concertation avec les autres intervenants.

Une consultation psychiatrique avec des rencontres de l'adolescente seule, puis des parents avec l'adolescente (bimensuelle ou mensuelle) fait partie du « contrat de soin » imposé associant une « guidance parentale » et, auprès de l'adolescente, une première approche des conflits et des zones de souffrance. Une psychothérapie individuelle est proposée à l'adolescente qui souvent la refuse dans un premier temps. Cette psychothérapie est néanmoins présentée comme un temps indispensable de l'abord thérapeutique.

Grâce à ce cadre accepté par les parents et au début imposé à l'adolescente puis secondairement accepté par elle, les formes modérées d'anorexie régressent souvent. Toutefois, le recours à la séparation est nécessaire quand le poids stagne durablement (3 à 4 mois) ou quand l'amaigrissement se poursuit.

L'hospitalisation devient indispensable, voire urgente, quand on observe : 1) un amaigrissement important et rapide ; 2) un épuisement physique ou une fatigue intense souligné par la patiente ; 3) *a fortiori* des troubles de la vigilance et de la conscience. Il ne faut pas méconnaître l'existence de **facteurs d'aggravation ou de décompensation,** certains du domaine relationnel, d'autres du domaine somatique. Il s'agit en particulier : 1) des ruptures ou des séparations même temporaires (vacances du thérapeute par exemple) ; 2) d'échéance sociale ou scolaire (examen, concours) ; 3) d'efforts physiques intenses surtout s'ils ont lieu en altitude ; 4) d'épisodes somatiques intercurrents (épisode infectieux, diarrhée). Ces divers événements doivent faire envisager une hospitalisation ou à tout le moins un renforcement du suivi ambulatoire.

L'hospitalisation et la séparation. — Longtemps considérée comme la pierre angulaire de l'action thérapeutique, sa rigueur fluctue selon les auteurs, de l'isolement quasi carcéral au simple séjour en clinique ou aux séquences de traitement intégratif reposant sur la conjonction des abords médicaux, nutritionnels, psychothérapeutiques et familiaux (M.F. Le Heuzey, 2002). Le risque est de centrer cette hospitalisation sur la prise de poids (toujours possible) et d'oublier la nécessité concomitante d'établir une relation thérapeutique (toujours aléatoire). Au cours de cette hospitalisation, un maternage intense et de bonne qualité peut avoir un effet réparateur, et permettre à l'anorexique d'amorcer un mouvement authentiquement dépressif sur lequel la psychothérapie trouvera ses premières bases. Étant donné l'intensité des contre-attitudes que suscite l'anorexique, l'analyse institutionnelle de ces dernières est indispensable.

L'isolement et l'hospitalisation ne sont jamais une fin en soi. Pour Girard l'hospitalisation doit avoir des buts limités et précis :

– arrêter la chute pondérale, interrompre l'aggravation des comportements réactionnels familiaux ;

– démontrer la réversibilité possible de la pathologie somatique par l'abord psychologique ;

– inscrire l'hospitalisation dans l'ensemble d'un projet thérapeutique dont la psychothérapie reste l'élément majeur ;

– enfin si nécessaire traiter un état dépressif secondaire.

Un contrat d'hospitalisation et de séparation incluant un poids de sortie est en général retenu. Parfois des paliers de poids sont définis pour la reprise successive des contacts familiaux épistolaires ou téléphoniques, des visites et des sorties d'essai. Les auteurs contemporains insistent sur la valeur symbolique de ce contrat et la nécessité de ne pas entrer dans une surveillance d'allure policière de l'anorexique ce qui risque toujours d'induire une relation d'allure perverse. La base de ce contrat est la reprise progressive et modérée du poids. De ce point de vue, une surveillance pondérale régulière (une fois par semaine environ) effectuée par un membre référent de l'équipe de soin est nécessaire. Il est impossible de fixer la durée probable de l'hospitalisation malgré les demandes insistantes de l'anorexique et de sa famille, car cette durée dépend à l'évidence du rythme de la reprise pondérale. L'hospitalisation dure en moyenne entre 3 et 6 mois. Il n'est pas exceptionnel d'observer une stagnation du poids quand celui-ci atteint presque le poids convenu pour la sortie. Cette stagnation temporaire témoigne de l'ambivalence inconsciente de l'anorexique désirant sortir (ce qu'elle réclame) mais souhaitant conserver le soutien de l'institution (ce que la stagnation pondérale montre) et angoissée à l'idée de la séparation.

Ce moment s'inscrit dans le « traitement institutionnel » mis en place pendant l'hospitalisation avec l'établissement d'une relation d'étayage

régressif avec certains soignants (référents), la diversification des investissements sur la pluralité des lieux et des personnes (ateliers divers, groupe institutionnel, lieux d'expression, etc.), la reviviscence des angoisses abandonniques au moment de la sortie, etc. Ce traitement institutionnel sert souvent à préparer et étayer la psychothérapie individuelle.

Les parents. — Il apparaît indispensable de procurer aux parents une aide thérapeutique pendant puis au décours de l'hospitalisation de leur fille. Cette aide doit se situer au plus près de ce qu'ils peuvent accepter (soutien, guidance, véritable psychothérapie du couple parental ou de l'un d'eux) mais être énoncée comme un des éléments indispensables du cadre thérapeutique (équivalent pour les parents du contrat de poids pour l'adolescente). La participation à un groupe de parents d'anorexiques est très bénéfique quand on dispose d'une telle possibilité.

La prescription médicamenteuse. — Elle doit être réduite au strict nécessaire tant du point de vue somatique que psychologique. Tout régime alimentaire particulier est déconseillé : la patiente doit se réalimenter progressivement et spontanément à partir du repas standard. Un apport spécifique (vitamines, calcium, etc.) n'est proposé qu'en cas de dénutrition majeure.

La prescription d'antidépresseurs selon les modalités habituelles (voir chap. 9, Traitements médicamenteux) peut s'avérer nécessaire. Cependant, cette prescription ne doit pas entraver le travail psychodynamique d'élaboration dépressive, ni *a fortiori* s'y substituer. En effet, cette élaboration dépressive représente souvent une phase nécessaire et dynamique de la progression psychothérapeutique.

LA BOULIMIE

D'abord décrit par M. Wulff (1932) puis repris par G. Russel (1979) sous l'appellation *Bulimia nervosa*, la boulimie survient le plus souvent chez des adolescents au moment de la puberté (12-14 ans) ou vers la fin des études secondaires (18-19 ans). La prédominance féminine qui est à l'adolescence de 3 à 4 filles pour un garçon (S. Ledoux et M. Choquet, 1991) augmente avec l'âge.

Le syndrome boulimique. — Il est dominé par les accès de fringale (« binge eating » : voir description chap. 6) qui répondent à trois critères :

– le besoin intense et irrésistible d'absorber de grandes quantités d'aliments avec un sentiment de perte de contrôle de la capacité à se limiter ;

– les manœuvres pour éviter une prise de poids liée à cette absorption excessive (vomissements, abus de laxatifs, régimes alimentaires plus ou moins stricts et/ou fantaisistes dans l'intervalle des crises, activité sportive) ;

– la crainte chez ces sujets de devenir gros avec une difficulté consciemment ressentie dans le vécu de l'image du corps. Le rapport négatif à son corps et à l'image de son corps semble un élément important du pronostic, en particulier chez les garçons.

Le DSM-III-R puis IV ajoute à ces critères une exigence de fréquence : deux épisodes par semaine pendant au moins trois mois. D'autres auteurs prennent d'abord en considération le vécu pénible et imposé de la crise boulimique avec le sentiment d'un comportement « pathologique » chez la patiente (Ph. Jeammet), même quand les crises boulimiques sont moins fréquentes.

Les études épidémiologiques. — Elles font état d'une prévalence assez importante si on ne retient pas le critère de fréquence du DSM-III-R en particulier dans la population cible : celle des lycéens et étudiants. Ainsi, la prévalence est estimée par Timmerman à 11,4 % chez les filles et à 7 % chez les garçons entre 14 et 20 ans si on ne retient que 4 des 5 critères du DSM-III-R. Cette prévalence tombe à 2 % chez les filles et 0,1 % chez les garçons si on inclut le critère de fréquence. De même, sur une population d'adolescents de 11 à 20 ans, S. Ledoux et M. Choquet relèvent une prévalence d'accès boulimiques de 28,2 % chez les filles et 20,5 % chez les garçons pour des épisodes peu fréquents dans les 12 derniers mois, puis de 9,8 % et 7,2 % pour des épisodes plus fréquents et de 3,6 % et 2,8 % pour des accès bihebdomadaires. M. Flament et coll. (1993) évaluent cependant la prévalence de la boulimie nerveuse dans une population générale d'adolescents entre 11 et 20 ans à 1,1 % pour les filles et à 0,2 % pour les garçons.

Les apparentés au premier degré présentent plus souvent des symptômes identiques, de même que les jumeaux. Les familles de patient avec BN ont des taux plus élevés d'abus de substances, en particulier alcoolisme (J.E. Mitchell et coll., 1988 ; L. Lilenfeld et coll., 1997), de troubles affectifs (J.I. Hudson et coll., 1987) et d'obésité (R.L. Pyle et coll., 1981). On retrouve la même co-morbidité que dans l'AM, avec toutefois des taux encore plus élevés pour l'abus de substances qui atteignent 30 à 37 % (K.A. Halmi et coll., 1991 ; D.B. Herzog et coll., 1992). Dans les antécédents infantiles, on retrouve plus souvent que dans le cas de l'AM des antécédents d'abus sexuels : 20 à 50 % (C.M. Bulik et coll., 1989).

L'évolution au long cours est moins bien connue que celle de l'AM. Avec un recul de 1 à 2 ans, 25 à 30 % des patients présentent une amélioration (J. Yager et coll., 1987), 50 à 70 % des patients étant améliorés après l'évaluation à court terme de diverses stratégies thérapeutiques (psychothérapies brèves, soutient psycho-social, traitement médicamenteux) mais les

rechutes concernent 30 à 50 % des patients après six mois (*Am. Psy. Assoc.*, 2000). Sur un suivi de six ans, 60 % des patients avaient une évolution considérée comme bonne, 29 % intermédiaire, 10 % mauvaise et 1 % étaient décédés (M.M. Fichter et N. Quadflieg, 1997) et à 7,5 ans d'évolution, D.B. Herzog et coll. (1999) notent 74 % de bon pronostic. Selon ces derniers auteurs, 99 % des patients BN parviendraient à une amélioration sensible.

La différence entre garçons et filles concerne la fréquence mais aussi l'évolution avec le temps : dans l'ensemble les pourcentages de fréquence de crises sont plutôt stables chez les garçons alors qu'ils évoluent chez les filles, passant par un maximum vers 16-17 ans, en même temps que la fréquence d'apparition des vomissements et/ou de l'usage de laxatifs croît régulièrement avec l'âge des filles.

Antécédents d'abus sexuel dans l'enfance

Dans les années 1980-1990, plusieurs publications, essentiellement anglo-saxonnes, ont fait état d'antécédent d'abus sexuel dans l'enfance de patiente présentant des troubles du comportement alimentaire, surtout boulimie mais aussi anorexie. Toutefois, les résultats ont été pour le moins divergents puisque les chiffres obtenus pouvaient aller de 7 % à 65 % avec une majorité d'études estimant la fréquence des antécédents d'abus autour de 30 %. Toutefois, il importe de distinguer les abus sexuels intra-familiaux des abus sexuels extra-familiaux, les premiers semblant constituer un facteur de risque plus important. Enfin, il faut surtout différentier abus sexuel proprement dit et atmosphère incestueuse. Selon M. Corcos et P. Jeammet (2002), le pourcentage de jeunes filles avec des TCA, en particulier boulimie, ayant subi des violences sexuelles caractérisées pendant l'enfance ou l'adolescence est à peu près similaire à ce qu'on observe dans la population générale (autour de 7 %). Cela est à distinguer d'un climat incestuel, de manœuvres de séduction incestueuse qui apparaissent plus fréquentes (sans qu'on sache très exactement la fréquence de ces situations dans la population générale !).

Associations pathologiques

Avec les modifications pondérales. — Véritable syndrome de remplissage addictif (B. Brusset) la boulimie ne s'accompagne parfois d'aucune modification pondérale. Assez souvent, une prise de poids assez importante accompagne le début des accès boulimiques. Cependant, seuls 15 % des boulimiques sont obèses et 15 % environ présentent un déficit pondéral. Le lien avec l'anorexie mentale est complexe, certaines formes semblent succéder à une anorexie mentale typique ; dans d'autres cas on observe une alternance d'état anorexique et de période boulimique.

Si de nombreuses boulimiques semblent capables de maîtriser un poids qui reste assez stable malgré le chaos des absorptions caloriques, quelques-unes présentent des fluctuations pondérales importantes et rapides (plus ou moins 20 kg en quelques semaines). Ces formes seraient de plus mauvais pronostic.

Avec les autres addictions. — D'autres conduites addictives sont souvent présentes : automédication par anxiolytique ou somnifère (50 % de la population selon Aimez), alcoolisme régulier ou prise massive d'alcool, pharmacodépendance (aux anorexigènes ou amphétamines). Pour certains auteurs, la boulimie trouve sa place dans les multiples conduites addictives décrites chez l'adolescent et s'inscrit dans une pathologie de la dépendance, véritable « toxicomanie alimentaire ».

Avec la dépression. — Certains symptômes dépressifs sont exprimés par une majorité de patients boulimiques (dévalorisation, culpabilité, désespoir). La dévalorisation de l'image du corps est très fréquente avec le désir de changer de poids (chez les filles c'est toujours le désir de maigrir, chez les garçons c'est parfois le désir de grossir). D'autres symptômes dépressifs sont fréquemment observés : troubles du sommeil, idées suicidaires avec ou sans passages à l'acte. Dès 1979, G.F. Russel soulignait la fréquence de dépressions chez les boulimiques (de 25 à 75 % des cas). Les manifestations de dysphorie, d'instabilité affective seraient encore plus fréquentes.

Le lien entre dépression et boulimie est sujet à discussion : éléments dépressifs secondaires aux conduites boulimiques ou au contraire état dépressif masqué par les troubles alimentaires, la question reste débattue.

Le contexte familial. — Il semble différent de celui des patients anorexiques mentaux. De nombreux auteurs soulignent la fréquence des antécédents psychiatriques familiaux (alcoolisme, dépression maternelle, suicide, etc.). Les familles de boulimiques semblent plus chaotiques, impulsives et ouvertement conflictuelles que les familles d'anorexiques. L. Igoin distingue d'un côté des foyers très unis, union qui masque souvent des tensions majeures (profil assez similaire aux familles d'anorexiques), de l'autre des foyers brisés avec parfois manifestation violente de séparation parentale.

Dans ces derniers cas une dimension abandonnique est souvent décrite.

L'organisation psychopathologique. — L'organisation psychopathologique sous-jacente s'avère très variable d'une patiente à l'autre avec toutefois une tendance à l'uniformisation de surface d'autant plus importante que l'évolution est ancienne et que les crises se répètent. Les crises boulimiques deviennent peu à peu « la voie finale commune de décharge de toutes les excitations » (B. Brusset) focalisant tous les investissements du sujet.

Au début des crises les auteurs notent la diversité des organisations psychopathologiques sous-jacentes. Primitivement considérée comme un symptôme hystérique, la crise de boulimie a aussi été décrite dans le cadre d'organisation névrotique à dominante anxieuse et parfois obsessionnelle, dans le cadre de pathologie du caractère et surtout de pathologie narcissique et « limite » avec en particulier la tendance aux passages à l'acte, à l'impulsivité…

La relation établie par les patientes boulimiques avec l'entourage est souvent caractéristique « analogue au lien qu'elles entretiennent avec la nourriture et qui alterne avec la même intensité, avidité et rejet » (Ph. Jeammet) : avidité d'un contact qui peut paraître riche, diversifié, fluide, approfondi mais qui bascule tout aussi rapidement en rupture, retrait, distance. L'appétence objectale de la patiente boulimique correspond à une quête avide incessante mais sans « digestion », c'est-à-dire sans intériorisation.

Au plan psychodynamique, Ph. Jeammet souligne la tension entre cette avidité objectale et les défaillances de l'assise narcissique, l'intensité de la première étant à la mesure des manques dans la seconde.

Évolution et traitement. — On manque encore d'un recul important pour juger l'évolution au long cours. À court et moyen termes (cinq à dix ans), l'évolution est marquée par la répétition des crises entrecoupées de tentatives d'interruption, de stabilisation. Les demandes thérapeutiques formulées par les patientes sont souvent nombreuses, diversifiées (diététiques, psychothérapiques, médicamenteuses, comportementales, etc.) mais rarement poursuivies avec assiduité, du moins au début. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la difficulté d'approche et de traitement en profondeur de ces patientes.

Le recul manque également pour évaluer la pertinence des diverses méthodes thérapeutiques utilisées.

L'hospitalisation peut permettre d'interrompre l'escalade des crises et d'entreprendre une « rééducation » par un programme diététique adapté. Mais la récidive est habituelle après l'hospitalisation. On n'y recourt que dans les formes extrêmes.

La prescription de psychotropes a été proposée, essentiellement des antidépresseurs. Leur efficacité pose la question théorique des rapports entre boulimie et dépression d'une part, boulimie et impulsivité d'autre part. Si l'association boulimie-dépression existe, elle n'est pas constante et ces deux états ne peuvent être confondus. Le lien entre boulimie et impulsivité, étayé par l'aspect clinique des crises boulimiques soulève l'hypothèse de l'origine sérotoninergique du trouble, reprise par de nombreux auteurs. Toutefois pour N. Dantchev et coll. (1993), il est très difficile de catégoriser les patientes boulimiques selon ce trait comportemental, aussi bien d'un point de vue quantitatif que dimensionnel. Cette hypothèse reste cependant intéressante ne serait-ce que pour expliquer l'action des antidépresseurs, en particulier sérotoninergiques, qui semblent efficaces dans certains cas même en

l'absence de perturbation thymique. Cependant, il convient de prescrire des produits ayant une large marge de sécurité afin d'éviter les dangers dus à des absorptions impulsives et/ou suicidaires. De plus, les patients sont souvent réticents à l'idée de prendre un traitement, craignant une dépendance, les effets secondaires.

Les traitements relationnels sont nombreux à avoir été proposés : thérapie comportementale brève marquée par un travail rééducatif au niveau diététique ; thérapie de groupe ; psychodrame ; thérapie d'inspiration analytique ou psychanalyse classique.

Dans ce dernier cadre, tous les auteurs reconnaissent la difficulté à établir une relation stable avec les patients boulimiques, marquée par une distance thérapeutique satisfaisante : la fuite, la rupture thérapeutique succèdent fréquemment à un investissement intense et exclusif. C'est dans un second temps uniquement, après cette période initiale dominée par les fluctuations transférentielles et l'attaque du cadre thérapeutique, que pourra se déployer une relation thérapeutique satisfaisante.

Dans tous les cas, une prise en charge bi- ou plurifocale est souvent nécessaire pour réduire les passages à l'acte et les tentatives d'interruption thérapeutiques précoces des patientes.

LE SOMMEIL, SES TROUBLES, SA PSYCHOPATHOLOGIE

Si les problèmes de sommeil n'ont pas totalement disparus dans l'enfance et la préadolescence, ils réapparaissent ou s'exacerbent à l'adolescence, d'autant que, fait non exceptionnel, des difficultés de sommeil dans l'enfance sont retrouvées chez les adolescents ayant des problèmes de sommeil. Le fait le plus marquant est qu'à cette période de l'existence, lorsqu'il est évalué par questionnaire, le besoin de sommeil apparaît comme une donnée subjective qui n'est jamais entièrement satisfaite. Plusieurs enquêtes mettent en évidence une insatisfaction de sommeil avec un syndrome de fatigue au réveil qui touchent plus de 80 % des adolescents, surtout les filles. Il est donc nécessaire de connaître les caractéristiques du sommeil à l'adolescence, dans son organisation physiologique, ses troubles spécifiques, et ceux liés à un trouble psychopathologique patent.

L'ORGANISATION PHYSIOLOGIQUE

Comme nous l'ont montré les travaux de N.A. Carskadon et coll., dans une enquête auprès d'adolescents scolarisés, il existe chez ceux-ci une

« tendance naturelle », voir une « préférence » à faire dériver leur horaire de sommeil vers les heures tardives, surtout chez les filles, les jours scolaires comme les jours non scolarisés. Ces mêmes auteurs ont étudié longitudinalement, par enregistrement polygraphique de nuit, les modifications du sommeil depuis le premier stade pubertaire de Tanner jusqu'à la fin de l'adolescence. Ils constatent :

– Une persistance d'un besoin de sommeil nocturne d'environ 10 heures.

– Une stabilité du sommeil paradoxal à travers l'adolescence qui se trouve cependant être le type de sommeil le plus touché par « l'effet première nuit ». Cependant, comme l'ont montré d'autres auteurs (G. Hofman et O. Petre Quadrens, 1979), le pourcentage de sommeil paradoxal chute brutalement en début d'adolescence pour se rapprocher de celui de l'âge adulte : 22,4 % à 11 ans, 16,97 % à 14 ans.

– Une diminution progressive du sommeil lent profond, nette surtout à partir du troisième stade de Tanner.

– Une réapparition d'une capacité à dormir dans la journée et d'un certain degré de somnolence diurne « physiologique » objectivée par le raccourcissement des temps d'endormissement dans la journée, lors du « Test des Latences Multiples d'Endormissement » ou TLME. Cette somnolence serait le témoin d'une privation de sommeil chronique. En effet, malgré leur besoin de sommeil important, les adolescents ne dorment pas plus de 8 h 30 par nuit à la mi-adolescence, 7 heures pour les plus âgés, surtout les jours scolaires et pendant la semaine.

L'explication de ces particularités du sommeil à l'adolescence n'est pas univoque et pourrait faire intervenir aussi bien les modifications hormonales liées à la puberté que les problèmes psychoaffectifs et le mode de vie propre à cette tranche d'âge.

LES TROUBLES SPÉCIFIQUES

La clinique des troubles du sommeil de l'adolescent est aussi riche et variée que celle de l'enfant. Un élément spécifique est la fréquence de l'expression par adolescent de ces difficultés de sommeil, comme nous l'avons vu plus haut.

Pourtant ces troubles existent assez fréquemment. En 1973, F. Davidson et coll., signalaient que 10 % des adolescents de 15 à 20 ans prenaient des médicaments pour mieux dormir. Aux États-Unis, une enquête épidémiologique portant sur 627 adolescents de 15 à 18 ans donnait les résultats suivants :

– 12,6 % sont des « mauvais dormeurs chroniques », c'est-à-dire des insomniaques sévères : insomnies d'endormissement et/ou insomnies nocturnes. Les filles sont plus fréquemment concernées que les garçons. La grande majorité de ces adolescents relient leur trouble à des facteurs psychologiques

connus par eux : tensions, inquiétudes, problèmes familiaux, socioprofessionnels et scolaires. Dans ce même groupe, on retrouve des difficultés à se lever le matin, des rêves à répétition, des problèmes familiaux de sommeil ;

– 37,6 % sont des « mauvais dormeurs occasionnels », c'est-à-dire présentant des insomnies passagères. Là aussi on retrouve une prédominance de filles. La très grande majorité d'entre eux ignorent les raisons de leurs troubles, c'est-à-dire qu'ils ne se considèrent pas comme ayant des difficultés physiques ou psychologiques particulières (V. Price et coll., 1978).

Les insomnies. — Nous pouvons cliniquement distinguer trois types d'insomnie :

– les « insomnies vraies » de l'adolescent avec difficultés d'endormissement et réveils nocturnes. La durée de sommeil est diminuée et l'adolescent se plaint de ne pas pouvoir dormir comme il le souhaite. Les facteurs psychologiques sont ici prévalents, le plus souvent liés à une anxiété excessive, associée ou non à des éléments dépressifs. Il s'agit le plus souvent d'adolescents chez lesquels les conduites phobiques ou phobo-obsessionnelles sont aisément retrouvées ;

– les insomnies secondaires à l'utilisation abusive de drogues psychotropes, d'alcool ou de tabac liées à la relative fréquence de ce type de conduite à cet âge (A. Braconnier, 1981) ;

– une forme particulière de l'insomnie de l'adolescent est le Syndrome de Retard de Phase du Sommeil (SRPS) décrit par E.D. Weitzman et coll. Il s'agit d'un désordre chronobiologique installé depuis plus de six mois à l'origine d'insomnies du déclenchement de sommeil. Le début de ce syndrome se fait fréquemment à l'adolescence chez des sujets qui ont toujours eu tendance à se coucher tard et seraient des « sujets du soir ». Il s'agit d'un retard systématique de l'heure du coucher qui s'effectue deux à trois heures après minuit avec une heure de lever au milieu de la journée ou l'après-midi. Une fois commencé, le sommeil est de durée et de qualité normales, sans réveil intercurrent. Ces sujets ont beaucoup de difficulté à s'endormir et à se réveiller aux heures habituelles et souffrent de somnolence diurne excessive quand ils ont dû se réveiller pour satisfaire leurs obligations scolaires, familiales ou sociales. Une fois installé, ce syndrome peut entraîner une déscolarisation avec risque de désinsertion sociale. Les enregistrements polygraphiques de sommeils sont moins utiles que le calendrier de sommeil et le port d'un actimètre qui vont objectiver le décalage de phase. On a vu que les adolescents normaux avaient une tendance physiologique au retard de phase. Les hypnotiques sont inefficaces sur ce syndrome dont le traitement se fait sur des bases chronobiologiques.

Conduites pathologiques au cours du sommeil : les parasomnies. — Beaucoup moins fréquentes qu'au cours de l'enfance, les parasomnies apparaissant, réapparaissant ou persistant au cours de l'adolescence,

traduisent généralement une difficulté psychopathologique plus sérieuse qu'antérieurement.

Le somnambulisme (somniloquie, bruxisme) se retrouve volontiers chez des adolescents présentant des troubles névrotiques; les terreurs nocturnes se voient chez les adolescents avec une fragilité des mécanismes de défense du Moi et où une menace d'effondrement psychotique est à craindre. Quant à l'énurésie nocturne, elle peut elle aussi persister à l'adolescence. Il s'agit le plus souvent d'une énurésie primaire. Un caractère familial est fréquemment retrouvé, mais une « immaturité affective » ou une psychopathie caractérise volontiers ces adolescents énurétiques. Il faut noter que cette énurésie disparaît volontiers à l'occasion des premiers rapports sexuels.

Les hypersomnies. — Une hypersomnie d'origine organique est rare. Il faut la rechercher chez un adolescent fatigué qui se plaint de trop dormir :

La narcolepsie-cataplexie (maladie de Gélineau). — Sa prévalence oscille entre 0,05 et 0,067 % (M. Billiard, 1994).

Ce syndrome associe :

– une somnolence diurne excessive avec des accès de sommeil irrésistible durant de quelques minutes à quelques heures;

– des attaques cataplectiques (abolition brusque du tonus statique pendant quelques secondes à une minute, déclenchées fréquemment par des émotions, en particulier de nature agréable);

– des paralysies du sommeil;

– des hallucinations hypnagogiques auditives, visuelles ou labyrinthiques qui ont souvent un caractère effrayant;

– un sommeil entrecoupé de nombreux éveils.

Les enregistrements polygraphiques ont montré que l'endormissement se fait d'emblée en SP sans passer par le sommeil à ondes lentes. Les attaques de cataplexie sont considérées comme l'intrusion dans l'éveil de l'inhibition tonique propre au sommeil profond.

Le diagnostic repose sur l'analyse clinique mais aussi sur le « test itératif de latence d'endormissement ». Il existe dans le groupage HLA un « profil particulier » avec peut-être la présence d'un marqueur génétique spécifique (recherche en cours).

Si ce syndrome s'observe dans sa totalité entre 15 et 20 ans, avec un caractère nettement familial, il n'est pas rare de constater l'existence d'un ou deux symptômes dans l'enfance : l'hypersomnolence et les attaques de sommeil diurne seraient les signes les plus précoces. Tolérées jusqu'à 4-5 ans, ces manifestations entravent ensuite la vie sociale de l'enfant. Parmi les antécédents, on signale l'existence de somnambulisme et d'un état hyperactif (Navelet).

Un traitement médicamenteux peut être proposé, efficace dans 60 % des cas. Une certaine hygiène de vie (sieste régulière) améliore les symptômes.

L'hypersomnie idiopathique. — Elle débute souvent elle aussi entre 10 et 20 ans. La prévalence est 4 à 5 fois moins élevée que pour la narcolepsie. Elle se manifeste par l'association :

– d'un sommeil de nuit prolongé ;

– de difficultés majeures à l'éveil du matin ;

– d'une somnolence diurne permanente non améliorée par la sieste (contrairement au syndrome de Gélineau).

L'enregistrement électrique du sommeil révèle une augmentation quantitative globale avec une augmentation encore plus importante du SP. Outre ces données ; le diagnostic repose sur le test d'endormissement itératif.

Le syndrome de Kleine-Levin. — Il se caractérise par l'association d'épisodes d'hypersomnie avec hyperphagie, troubles du comportement, de l'humeur et désordre des conduites sexuelles. Ce syndrome, très rare, s'observe chez l'adolescent (début entre 15 et 20 ans). Il constituerait parfois un mode d'entrée dans la psychose.

Cependant, le plus souvent les hypersomnies à l'adolescence sont psychogènes. Elles témoignent volontiers d'un état dépressif latent dont il faut rechercher d'autres manifestations significatives.

TROUBLES DU SOMMEIL ET PSYCHOPATHOLOGIES

L'endormissement est un moment délicat et fragile à l'adolescence. Cette fragilité provient de la résurgence des différents moyens qu'a utilisé l'enfant au cours de son développement pour lutter contre l'angoisse qui s'installe au moment du coucher : objet transitionnel ou équivalent, rites, phobies et attitudes contraphobiques, activités autoérotiques. Par exemple, la musique si souvent écoutée par l'adolescent avant de s'endormir, renvoie à ce que Winnicott a décrit comme phénomène et aire transitionnels. Des activités orales (cigarettes, boissons), une masturbation ou des rêveries érotiques, sont également fréquentes dans la période de préendormissement. Leur retentissement est double : fonction de détente et fonction de restauration narcissique préparant la plongée dans le sommeil, assimilé souvent à une période régressive et de repli narcissique. Nous devons en effet insister plus particulièrement sur la place de la régression, déjà évoquée. Le sommeil est par excellence un moment de régression, mais cette régression peut faire craindre à l'adolescent une perte de la maîtrise sur un monde fantasmatique et pulsionnel surgissant dans les rêves et les cauchemars, et même une perte de son intégrité narcissique. Dans le cas des insomnies nous rencontrons

alors des adolescents qui, comme le jeune enfant, ne peuvent s'endormir seuls dans un studio ou un appartement ou qui luttent par des moyens endogènes ou exogènes (café, tabac, musique, drogue) pour ne pas rentrer dans cet abîme d'incertitude et de menace que représentent le sommeil et la vie onirique, qui peuvent devenir de véritables phobies.

Dans les cas des hypersomnies, le sommeil prendra au contraire une fonction de refuge vis-à-vis de toutes les difficultés de leur vie de veille. Ces adolescents passent de longues heures de la journée ou de la nuit, parfois somnolents, parfois dormant profondément dans un état de retrait narcissique, d'où la note dépressive n'est jamais totalement absente.

Comme toujours chez l'adolescent, ces deux mouvements pourront alterner à des rythmes de plus en plus rapides.

Il existe incontestablement, comme le prouve la clinique, un lien entre les troubles du sommeil quel que soit leur type (insomnies ou durée excessive du sommeil ou SRPS) et la dépression de l'adolescent. La dépression est fréquemment retrouvée au cours de l'entretien chez les adolescents se plaignant de difficultés dans le sommeil. De nombreux mécanismes peuvent être invoqués pour expliquer ce lien. Certains ont invoqué les troubles de synchronisation des rythmes circadiens auxquels serait particulièrement sensible l'adolescent et notamment l'adolescent déprimé. Dans une perspective plus psychopathologique, le trouble du sommeil pourrait être compris parfois comme la conséquence du trouble narcissique qui accompagne, de façon constante, la dépression et qui entraînerait, dans un mouvement d'autodévalorisation, l'ensemble du corps et des fonctions qui y sont attachées. D'autres fois (notamment lorsque le sommeil est de durée excessive ou dans les syndromes de retard de phase aboutissant à un réveil tardif dans le courant de l'après-midi), les troubles du sommeil apparaîtraient plus comme des conduites de repli, de retrait, voire d'inhibition : attitudes à valeur défensive vis-à-vis de l'engagement relationnel à autrui et de l'appréhension de la réalité, toutes attitudes dont nous savons, en fait, qu'elles accompagnent souvent une authentique dépression contribuant même parfois à la masquer.

Rappelons enfin que l'insomnie est fréquente dans les états maniaques dont elle peut constituer, parfois, le « signal symptôme ». L'insomnie est également très fréquente dans les états psychotiques délirants aigus.

TRAITEMENT

Comme chez l'enfant, le traitement est essentiellement préventif : assurer une bonne hygiène de sommeil dès la petite enfance, assurer un équilibre psychoaffectif et relationnel le moins mouvementé possible.

Les traitements médicamenteux sont toujours l'aveu d'un échec. Ils doivent être utilisés avec beaucoup de précautions à cet âge en raison de risque d'automédication et de l'engagement dans un cycle pharmacothymique dont on connaît le risque de chronicité. Les nouveaux hypnotiques à demi-vie brève restent pour le moment les produits les moins nocifs s'ils sont prescrits pour une durée déterminée évitant toute accoutumance ou autoprescription. Rappelons qu'il est important à cet âge de ne pas « tuer le rêve » par des médicaments amputant la phase de sommeil paradoxal.

En ce qui concerne le syndrome de retard de phase de sommeil, une chronothérapie sans chimiothérapie est conseillée. La chronothérapie consiste à décaler régulièrement les horaires de sommeil par recul de l'heure du coucher de deux à trois heures par jour jusqu'à retrouver un horaire compatible avec la vie sociale en maintenant une heure fixe de réveil : c'est la méthode dite du « tour de cadran ». Cette chronothérapie qui peut nécessiter parfois une hospitalisation de quelques jours, ne peut être effectuée qu'avec l'accord et la participation active de l'adolescent et après seulement qu'aient été mis à jour tous les bénéfices secondaires que ce dernier tire de son syndrome évitant ainsi la confrontation à une scolarité vécue par lui de façon souvent conflictuelle.

Seuls les antidépresseurs, en cas de dépression, et les psychostimulants dans la narcolepsie et certaines hypersomnies conservent des indications de traitement psychotrope non hypnotique.

Évidemment face à tout trouble du sommeil, une évaluation psychopathologique doit être envisagée : elle peut déboucher sur une approche psychothérapique brève ou de longue durée.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : Pratice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am. J. Psychiatry,* 2000, 157, 1, Supplément, 1-39.

CORCOS M., JEAMMET P. : Les troubles des conduites alimentaires : facteurs de risque, dépistage et modalités de prévention. In : *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* J.L. Venisse, D. Bailly, M. Reynaud, Masson éd., Paris, 2002, 127-151.

JEAMMET P., BRECHON G., PAYAN C. et coll. : Le devenir de l'anorexie mentale : une étude prospective de 129 patients évalués au moins quatre ans après leur première admission. *Psychiatrie Enfant*, 1991, *34*, 2, 381-442.

KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S. : *La faim et le corps*. PUF, Paris, 1972, 1 vol.

ZAMETKIN A. J., ZOON C., KLEIN H., MUNSON S. : Psychiatric aspects of child and adolescent obesity : a rewiew of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2004, *43*, 2, 134-150.

AGMAN G., CORCOS M., JEAMMET Ph. : Les troubles des conduites alimentaires. *EMC Psych.*, 1994, *37 350* A-10, 16 p.

ALVIN P., ZOGHEIB J., REY C., LOSAY J. : Complications graves et mortalité au cours des dysorexies mentales à l'adolescence. À partir de 99 patients hospitalisés. *Arch. Fr. Pediatr.*, 1993, *50*, 755-62.

ANZIEU D. : « Le moi-peau ». *Nouv. Rev. Psychiat.*, 1974, *9*, 195-208.

BILLIARD M. : *Le sommeil normal et pathologique*. Masson, Paris, 1994, 1 vol.

BRACONNIER A. : Le sommeil et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent. *EMC : Psychiatrie*, 1981, 37105, A 10.

BRUCH H. : Obesity in Adolescence. *In : Adolescence Psychosocial Perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI). Basic Books Inc., New York, 1969.

BRUCH H. : « Eating disturbances in Adolescense ». *In : American Hand Book of Psychiatry*. Basic Books Inc., New York, 1964, vol. 2, *18*, 275-286.

BRUNET O., LEZINE I. : *Le développement psychologique de la première enfance*. PUF, Paris, 1965, 1 vol.

BRUSSET B. : *L'assiette et le miroir*. Privat Éd., Toulouse, 1977, 1 vol.

BRUSSET B. : Anorexie mentale et boulimie du point de vue de la genèse. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1993, *41*, 5-6, 245-249.

BRUSSET B., COUVREUR C. : *La boulimie*. PUF, Monographie de la Revue Franç. Psychanal, 1991, 1 vol.

BULIK C.M., SULLIVAN P.F., RORTY M. : Childhood sexual abuse in women with bulimia. *J. Clin. Psychiatry,* 1989, *50*, 460-464.

CARSKADON M.A., VIEIRA C., ACEBO C. : Association between puberty and delayed phase preference. *In : Sleep*, 1993, *16* (3) : 258-262.

CHAMAY-WEBER C., NARRING F., MICHAUD P.A. : Partial eating disorders among adolescents : a review. *J. Adolesc. Health*, 2005, *37*, 417-427.

CHOQUET M., TESSON F., STEVENOT A. et coll. : Les adolescents et leur sommeil : approche épidémiologique. *Neuropsychiat. de l'Enfance*, 1988, *36* (10), 399410.

DANTCHEV N., LANCRENON S., JEAMMET Ph. : L'impulsivité dans les conduites boulimiques. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1993, *41*, 8-9, 520-530.

FITCHER M.M., QUADFLIEG N. : Six-year course of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.,* 1997, *22*, 361-384.

FLAMENT M., REMY B. : Les troubles des conduites alimentaires chez le garçon. In : *Adolescentes, Adolescents, psychopathologie différentielle*, (A. BRACONNIER, C. CHILAND, M. CHOQUET, R. POMMAREDE), Bayard, Paris, 1995, 92-114

FLAMENT M.F., LEDOUX S., JEAMMET Ph. et coll. : Boulimie et autres troubles des comportements alimentaires à l'adolescence : étude épidémiologique dans une population française scolarisée. *Ann. Méd. Psychol.*, 1993, *151*, 9.

FREUD A. : Angoisse pulsionnelle à la puberté. In : *Le Moi et les mécanismes de défense*. PUF, Paris, 1949, p.141-160.

GANTHERET F. : De l'emprise à la pulsion d'emprise. *Nouv. Rev. Psychiat.*, 1981, *24*, 103-116.

GONTHIER G. : Comportement alimentaire et dynamique psychique chez l'adolescent obèse. *Neuropsychiat. Enf.*, 1981, *29*, 10, 519-526.

HALMI K.A., ECKERT E., MARCHI P. et coll. : Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1991, *48*, 712-718.

HARDY P., DANTCHEV N. : Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires. *Conf. Psych.*, 1989, *31*, 133-163.

HERZOG D.B., KELLER M.B., SACKS N.R. et coll. : Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1992, *31*, 810-818.

HERZOG D.B., NUSSBAUM K.M., MARMOR A.K. : Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.,* 1996, *19*, 843-859.

HERZOG D.B., DORER D.J., KEEL P.K. et coll. : Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa : A 7.5 year follow-up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1999, *38*, 7, 829-837.

HOFMAN G., PETRE QUADRENS O. : Maturation of REM patterns from childhood, to maturity. *Walking and Sleeping*, 1979, *3*, 255-262.

HUDSON J.I., POPE H.G., YURGELUN-TODD D. et coll. : A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *Am. J. Psychiatry,* 1987, *144*, 1283-1287.

HSU L.K.G. : *Eating Disorders*. Guilford Press, New York, 1990.

IGOIN L. : *La boulimie et son infortune*. PUF, Paris, 1979, 1 vol.

JEAMMET Ph., CORCOS M. : *Évolution des problématiques à l'adolescence*, Doin, Paris, 2001

JEAMMET Ph. : L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsych. Enf. Ado*., 1993, *41*, 5-6, 235-244.

JEAMMET Ph. : Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. *In : La boulimie*. Sous la direction de B. Brusset et C. Couvreur. PUF, Monographie de la Revue Franç. Psychanal., 1991, 81-104.

JEAMMET Ph. : L'anorexie mentale. *EMC : Psychiatrie*, Paris, 1984, 37350, A10-A15. Monographie, Doin, Paris, 1985, 1 vol., 75 p.

JEAMMET Ph., JAYLE D., TERRASSE-BRÉCHON G., GORGE A. : Le devenir de l'anorexie mentale. *Neuropsychiat. Enf. Ado*., 1984, *32*, 2-3, 97-113.

JEAMMET Ph. : L'adolescence comme conflit. *In : Le bien-être de l'enfant dans sa famille*. ESF Éd., Paris, 1980, 1 vol., 69-80.

JOHNSON J., COHEN P., KASEN S., BROOK J. : Eating disorders during adolescence and risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2002, *59*, 545-552.

KERMARREC S., KABUTH B., FEILLET F. et coll. : Le devenir de l'anorexie mentale : une étude nancéienne. *Nervure*, 2006, *19*, 2, 12-14.

KREIPE R.E., CHURCHILL B.H., STRAUSS J. : Long-term outcome of adolescents with anorexia nervosa. *Am. J. Dis. Child,* 1989, *43*, 1322-1327.

LECENDREUX M. : SRPS chez l'adolescent, *BVS*, 2002, 7-10.

LEDOUX S., CHOQUET M. : *Les troubles des conduites alimentaires*. Inserm, Paris, 199l, 1 vol.

LE HEUZEY M.F. : Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales? *Ann. Med. Psychol*., 2002, *160*, 327-331

LILENFIELD L., KAYE W., GREENO C. et coll. : Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives : effects of comorbid substance dependence. *Int. J. Eat. Disord.,* 1997, *22*, 253-264.

MARCELLI D., CANARELLA Th., GASPARD B. : Les aspects cliniques de l'obésité de l'enfant. *Perspect. Psychiat*., 1979, *17*, 366-374.

MICHEL G. : Recherche de sensations et sur-éveil corporel à l'adolescence, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2001, *49*, 244-251

MITCHELL J.E., HATSUKAMI D., PYLE R., ECKERT E. : Bulimia with and without a family history of drug use. *Addict Behav,* 1988, *13*, 245-251.

MOGUL S.L. : Ascetism in adolescence and Anorexia Nervosa. *Psychoanal. Study Child*, 1980, *35*, 155-175.

Numéro spécial : Troubles des conduites alimentaires. *Conf. Psychiat*., 1989, 31, 1 vol.

Numéro spécial : La boulimie. *Rev. Franç. Psychanal*., Monographie, PUF, Paris, 1991, 1 vol.

Numéro spécial : Les troubles des conduites alimentaires, 1re partie. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol*., 1993, *41*, 5-6.

Numéro spécial : Les troubles des conduites alimentaires, 2e partie. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol.*, 1993, *41*, 8-9.

NUSSBAUM M.P., SHENKER I.R., BAIRD D., SARAVAY S. : Follow up investigation of patients with anorexia nervosa. *J. Pediatr.,* 1985, *106*, 835-840.

PATTON G.C., COFFEY C., SAWYER S.M. : The outcome of adolescent eating disorders : findings from the victorian adolescent health cohort study. *European Child & Adolescent,* suppl. 1, 2003, *12*, 25-29.

PATTON G.C. : Mortality in eating disorders. *Psychol. Méd.*, 1981, *18*, 947-951.

PRICE V.A., COATES T.J., THORESEN C.E., GRINSTEAD O.A. : Prevalence and correlate of poor sleeper among adolescents. *Am. J. Dis. Child*, 1978, *132*, 583-586.

PYLE R.L., MITCHELL J.E., ECKERT E.F. : Bulimia : a report of 34 cases. *J. Clin Psychiatry,* 1981, *42*, 60-64.

RUSSEL G.F. : Bulimia nervosa : an omnius variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 1979, *9*, 429-448.

SCHILDER P. : *L'image du corps*. Gallimard Éd., Paris, 1971, 1 vol.

SCHMIT G., ROUAM F. : Pour une approche psychologique de l'obésité juvénile : à propos d'un cas. *Neuropsychiat. Enf.*, 1981, *29*, 10, 515-518.

SELVINI M. : *L'anorexie mentale*. Feltrinelli Éd., Milan, 1963.

SOURS J.A. : Anorexia Nervosa : nosology, diagnosis developmental. Batterns and power. Control dynamics (p. 185-212). *In : Adolescence Psychosocial Perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.). Basic Books Inc., New York, 1969.

STROBER M., MORREL W., BURROUGHS J., SALKIN B., JACOBS C. : A controlled family study of anorexia nervosa. *J. Psychiat. Res*, 1985, *19*, 2-3, 239-246.

THEANDER S. : Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia : some results of previous investigations compared with those of e Swedish long term study. *J. Psychiatr. Res.,* 1985, *19*, 493-508.

VENISSE J.L. : *Les nouvelles addictions*. Masson. Paris, 1991, 1 vol.

WEITZMAN E.D., CZEISLER C.A., COLEMAN R.M. et coll. : Delayed sleep phase syndrome. A chronobiological disorder with sleep-onset insomnia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981, *38*, 737-746.

WENTZ E., GILLBERG Ch., GILLBERG Ca., RASTAM M. : Ten-Year Follow-up of adolescent-onset Anorexia Nervosa : Psychiatric disorders and overall functioning scales. *J. Child Psychol. Psychiat.,* 2001, *42*, 5, 613-622.

WULFF M. (1932) : Sur un intéressant complexe symptomatique oral et sa relation à l'addiction. In : *La boulimie*, PUF, Monographie, 1991, 47-62.

YAGER J., LANDSVERK J., EDELSTEIN C.K. : A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders, I : course and severity. *Am. J. Psychiatry,* 1987, 144, 1172-1177.

7 LA SEXUALITÉ ET SES TROUBLES

Depuis Freud nous savons que le développement psychosexuel ne débute pas à l'adolescence. À travers des activités intéressant directement les organes génitaux, comme par exemple la masturbation, ou à partir des questions posées par l'enfant sur la différence entre un petit garçon et une petite fille, les adultes ne peuvent pas ignorer les préoccupations sexuelles infantiles. Pour les psychanalystes la sexualité infantile ne se limite pas aux activités et aux plaisirs qui dépendent du fonctionnement de l'appareil génital proprement dit, mais concerne en réalité l'ensemble du corps. L'adolescence et l'avènement de la puberté marquent cependant un tournant dans la sexualité de l'individu. Le développement de l'appareil génital, l'activité sexuelle qui y est liée et les modifications intrapsychiques qui en découlent, caractérisent en grande partie l'adolescence. En effet, la sexualité est un point focal de la vie de l'adolescent. Si ce chapitre se situe au terme de cette seconde partie consacrée aux diverses conduites de l'adolescence c'est parce que nous estimons que, à travers la sexualité, transparaît l'harmonisation possible ou non, de ces diverses conduites. En effet la sexualité inclut en elle-même une part d'agir, nécessite une élaboration mentale et mobilise le corps et son image. La mise en place d'une organisation sexuelle définitive, c'est-à-dire d'une organisation qui d'un point de vue somatique, psychologique et sociologique inclut maintenant les organes génitaux physiquement matures représente une des tâches fondamentales de l'adolescence. L'établissement de cette organisation ne se fait pas sans variation selon l'environnement socioculturel et selon les individus. En tout état de cause la tâche de l'adolescent sera de faire coïncider, et si possible de rendre satisfaisant à travers la réalisation sexuelle, l'impératif du besoin sexuel et le déploiement de ses fantasmes sexuels. Il est important chez l'adolescent de distinguer la réalisation sexuelle qui se situe au niveau comportemental, du fantasme et des fantaisies sexuelles qui se situent au niveau de la psyché.

Des difficultés inéluctables surgissent dans ce déroulement et peuvent prendre une signification psychopathologique. De ce point de vue une distinction fondamentale doit cependant toujours être présente à l'esprit : la distinction entre, d'un côté un comportement sexuel qui peut parfois prendre des allures inquiétantes par sa répétition ou son intensité sans pour autant rompre le développement psychique, et de l'autre des activités sexuelles qui représentent invariablement une dislocation dans ce développement psychique. En d'autres termes, il faut distinguer le comportement en soi et la façon dont il retentit sur la personnalité puis s'y intègre.

La sexualité de l'adolescent est sujet de curiosité, sujet d'inquiétude, sujet de nostalgie, sujet révélateur de l'évolution sociale. Au cours de ces cinquante dernières années, l'évolution de la représentation sociale des tabous sexuels et des menaces qui les justifient et les alimentent est intéressante à observer. On peut ainsi constater qu'on est passé du tabou sexuel associé à la crainte de la syphilis au tabou associé à la crainte du sida, en passant par la grossesse prématurée et les maladies sexuellement transmissibles (MST). Toutefois, les travaux sur cette question sont très hétérogènes. Il existe en effet une grande différence d'évaluation de la sexualité de l'adolescent selon la manière dont elle est appréhendée à travers diverses méthodes : enquêtes, le plus souvent statistiques anonymes et sur un grand nombre, des pratiques sexuelles des adolescents et des fantaisies conscientes ; ou au contraire analyse des fantaisies, des fantasmes sexuels et de leur retentissement dynamique sur l'équilibre psychoaffectif à travers le déroulement d'une psychothérapie individuelle.

Ceci nous a conduit à distinguer deux chapitres différents avec d'une part les études quantitatives et épidémiologiques et d'autre part la dynamique de la pulsion sexuelle et de la sexualité avec ses avatars (la physiologie de la puberté a été brièvement envisagée dans la première partie de cet ouvrage : *cf.* chap. 1, p. 5).

DONNÉES QUANTITATIVES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Plusieurs enquêtes françaises et étrangères ont étudié quantitativement les divers aspects du comportement sexuel et même certaines fantaisies sexuelles des adolescents. Nous ne citerons que quelques-unes d'entre elles.

L'ORGASME

Selon le rapport Kinsey (1948), il semble exister une brusque augmentation de l'activité sexuelle surtout dans l'année qui précède la puberté. La fréquence maximale des orgasmes est atteinte dans la deuxième année qui suit la puberté.

Chez la fille, il existe une augmentation régulière de l'activité sexuelle qui commence bien avant la puberté et qui se poursuit après cette dernière. Dans l'enquête de A.C. Kinsey, 20 % seulement des filles de 15 ans ont eu au moins un orgasme.

LA MASTURBATION

Bien que la masturbation comme activité sexuelle n'apparaisse presque jamais dans le discours spontané des adolescents (discours aux adultes, dans le cadre d'une enquête par entretiens non directifs réalisée par M.F. Castarede en 1976 à propos de la « vie psychosexuelle »), 90 % des garçons et 40 % des filles s'y adonnent pendant une période plus ou moins longue et avec une fréquence variable à l'adolescence (enquête faite anonymement). La masturbation amène à la première éjaculation dans 68 % des cas chez les garçons et au premier orgasme dans 84 % des cas chez les filles (A.C. Kinsey).

LES FANTAISIES SEXUELLES CONSCIENTES

Une enquête américaine sur les collégiens (enquête réalisée sur 1 177 collégiens) a étudié quantitativement les fantaisies sexuelles conscientes des adolescents. La très grande majorité des pensées ou rêveries citées en premier par ces adolescents était de caresser un partenaire que l'on aime ou de lui faire l'amour. Des fantaisies homosexuelles étaient citées par 3 % des adolescents ; des fantasmes sadiques par 24 % des garçons et 6 % des filles ; des fantasmes masochiques par 21 % des filles et 11 % des garçons ; des fantasmes voyeuristes par 35 % des garçons et 25 % des filles.

LA PREMIÈRE RELATION SEXUELLE

La date de survenue de la première relation sexuelle est particulièrement étudiée dans les différentes enquêtes ou études épidémiologiques. Dans les années 60 le rapport Simon en France apprécie la moyenne de l'âge du premier rapport sexuel à 19,2 pour les hommes et 20,5 ans pour les femmes ; 18 % des garçons et 4 % des filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans ; à 18 ans 46 % des garçons et seulement 20 % des filles. Dans l'enquête de M.F. Castarede, l'âge moyen des rapports sexuels des garçons est de 17 ans, celui des filles de 18 ans. Selon les Dossiers de l'Étudiant, en 1980, à 16 ans près de 37 % des lycéens ont déjà fait l'amour et seulement 19 % des lycéennes ; à 18 ans plus de la moitié des lycéens et 35 % des lycéennes. À travers la question souvent posée concernant la date de ces premiers rapports sexuels on s'interroge sur l'évolution des mœurs au cours

des années. Aux États-Unis, une enquête a été effectuée à trois ans d'intervalle auprès d'adolescents âgés de 15 ans dans le même contexte socioculturel : en 1970, 25 % des garçons et 13 % des filles avaient eu un premier rapport ; en 1973, 38 % des garçons et 24 % des filles déclaraient avoir eu un premier rapport ; un tiers des adolescents âgés de 17 ans avaient eu un rapport sexuel, chiffre nettement plus élevé que celui du rapport de Kinsey vingt ans plus tôt. En France, les trois enquêtes citées ci-dessus montre une évolution comparable sur une période plus longue mais avec des populations étudiées différentes.

Trois autres données semblent caractériser l'évolution du comportement sexuel des adolescents au cours de ces vingt dernières années : les filles évoluent beaucoup plus rapidement que les garçons (les pourcentages statistiques ont beaucoup moins changé pour ces derniers que pour les premières) ; conséquence de ce changement, les jeunes font de plus en plus leurs premières expériences sexuelles avec des camarades du même âge ; enfin on note une homogénéisation progressive des comportements selon les différents milieux (*Le Monde de l'Éducation*).

En revanche, une distinction subsiste entre les garçons et les filles en ce qui concerne : 1) la poursuite des relations sexuelles : 8 % des garçons seulement contre 29 % des filles continuent avec le même partenaire ; 2) l'implication affective de ce premier rapport : 46 % des garçons disent ne pas être pour autant impliqués affectivement contre 8 % des filles (Étude américaine précédemment citée et ayant eu lieu au cours des années 70).

L'HOMOSEXUALITÉ

L'homosexualité est souvent étudiée dans les enquêtes épidémiologiques. Il semble que les relations sexuelles proprement dites avec des personnes du même sexe restent rares à l'adolescence. Selon l'enquête des « Dossiers de l'Étudiant » citée précédemment, 4,6 % des lycéens et 2,9 % des lycéennes seraient concernés. Dans l'enquête de H. Lagrange et coll. (1997), 6 % des jeunes de 15 à 18 ans se disent attirés par le même sexe de façon exclusive ou non. La proportion de relations homosexuelles s'accroît à partir de 18-19 ans. Dans l'étude de M.F. Castarede, aucun adolescent ne mentionne spontanément une expérience homosexuelle dans son discours.

CONDUITES LIÉES À LA SEXUALITÉ : CONTRACEPTION, AVORTEMENT, GROSSESSE

Nous citerons ici quelques chiffres concernant la contraception, l'avortement et la grossesse. La contraception chez les adolescentes reste semble-t-il assez peu utilisée puisque environ une fille sur quatre recourrait à un moyen

contraceptif efficace. La nécessité de l'information sexuelle auprès des adolescentes apparaît encore plus clairement quand on sait qu'en France, en 1980, environ dix mille interruptions de grossesses sont pratiquées et trois mille accouchements se produisent chez des adolescentes entre 14 et 18 ans. Aux États-Unis, une étude datant de 1975 apprécie le nombre de grossesses chez les adolescentes à un million aboutissant à six cent mille naissances et quatre cent mille avortements. Le nombre de grossesses « illégitimes » aurait été multiplié par trois entre 1940 et 1975.

LES CONDUITES SEXUELLES DÉVIANTES

Pour être complet, nous citerons la prostitution et les actes de viols qui semblent actuellement augmenter chez les adolescents. Ces conduites sexuelles déviantes s'inscrivent en général dans le vaste cadre de la délinquance juvénile.

LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL À L'ADOLESCENCE

Le développement psychosexuel à l'adolescence est sous la dépendance d'une série de facteurs organiques, cognitifs, affectifs et socioculturels.

FACTEURS ORGANIQUES

L'existence de facteurs organiques dont l'importance reste cependant inconnue est acceptée par tous dans le développement psychosexuel des adolescents : la libido est en partie sous la dépendance des hormones. Les stéroïdes sexuels ont un effet sur le comportement d'agressivité. À l'inverse, toute situation chronique de stress tend à bloquer l'activité gonadique et retarde ou atténue l'apparition des caractères sexuels. Cette apparition des caractères sexuels secondaires, la capacité physiologique d'avoir des relations sexuelles, la capacité de procréer représentent incontestablement un bouleversement physiologique et psychologique. « L'acquisition de la puberté est toujours une surprise. L'enfant en guette les signes, les constate, n'y croit pas, se met à y croire, à les intégrer semble-t-il et… se retrouve totalement étranger à ce qu'il était auparavant (et ceci quel que soit le sexe), que va-t-il faire de cette inquiétante étrangeté ? Je crois que pour tous, et pour refoulé que cela soit, il en aura éprouvé, ne serait-ce que fugacement, un moment de gloire auquel succède, tantôt comme une vague, tantôt comme

une marée sournoise, l'angoisse. De l'aménagement de cette angoisse va dépendre l'avenir » (E. Kestemberg, 1980).

FACTEURS COGNITIFS

La capacité cognitive nouvelle d'accéder au stade des opérations formelles et de les comprendre interfère avec la symbolisation de l'érotisme, l'appréhension, l'abstraction et la rationalisation nécessaire des transformations sexuelles, des scénarios imaginables, des relations sexuelles interpersonnelles et des conflits qui y sont associés. Sans que cette capacité cognitive soit le facteur déterminant d'une sexualité satisfaisante, elle est un élément du sens de la réciprocité et un moyen de modulation vis-à-vis des exigences pulsionnelles. *A contrario*, l'exemple des adolescents encéphalopathes et débiles profonds montre le rôle potentiellement aggravant d'une sexualité non intégrable. Il est d'observation courante de voir apparaître chez ces adolescents, lorsque émerge le besoin sexuel, des conduites chaotiques : masturbation violente, hétéro-agressivité sexuelle, provocation, exhibitionnisme sans contrôle, etc. Le plus souvent ces conduites sont immédiatement réfrénées par l'entourage, mais cette répression suscite alors une exacerbation des troubles symptomatiques antérieurs (stéréotypie, automutilation, etc.). L'intégration de la sexualité chez ces adolescents reste un problème majeur, souvent mal résolu, qu'il concerne la famille ou les diverses institutions où séjournent les adolescents.

FACTEURS AFFECTIFS ET RELATIONNELS

Nous insisterons plus largement sur les facteurs affectifs et relationnels. Les transformations intrapsychiques sont largement étudiées par les psychanalystes. Nous pouvons distinguer deux courants. D'un côté il y a ceux qui, dans la lignée de Freud, voient dans le développement psychosexuel de l'adolescence une nouvelle étape à laquelle l'individu accède avec une sexualité déjà établie et organisée dès l'enfance : l'adolescence n'est qu'une terminaison ou une reviviscence des expériences sexuelles infantiles déjà exprimées, qui seront complétées puis réalisées grâce à la transformation de l'appareil génital ; dans ce cadre on insiste sur la notion d'après-coup. D'autre part, il y a ceux qui, avec Erikson, insistent sur l'originalité profonde de l'adolescence, originalité liée justement aux nouvelles potentialités et aux nouvelles capacités.

Tous les psychanalystes sont cependant d'accord pour reconnaître qu'une partie importante de ce qui survient au cours du développement psychosexuel de l'adolescent dépend de ce qui s'est passé dans l'enfance, mais que

l'expérience de la sexualité lors de l'adolescence est liée aux expériences actuelles et nouvelles.

Deux points particuliers méritent d'être abordés : l'image du corps et l'identité sexuelle.

L'image du corps. — S'appuyant sur la théorie de la sexualité de Freud, P. Schilder fait correspondre la construction définitive de l'image du corps à la phase de l'accession à la génitalité. L'homme ne perçoit son corps comme un tout, comme une unité qu'après avoir accédé à la génitalité, donc au cours de l'adolescence. Mais la théorie de P. Schilder prend aussi en compte le registre relationnel : l'adolescent découvre l'image de son corps grâce aux tendances libidinales des autres dirigées vers lui. Il existe un courant permanent d'échanges mutuels entre l'image du corps de chacun et l'image du corps de tous les autres. Ceci rejoint la pensée de Freud, à savoir que le choix de l'objet à la puberté est un élément intégrateur de la personnalité. Pour Schilder, l'image du corps n'est jamais isolée, toujours accompagnée par celle des autres, se structurant plus précisément à la génitalité, mais de façon définitive. La construction de l'image du corps n'est pas un acquis figé, elle peut être influencée par le vécu physique, les émotions, les sensations, le regard d'autrui (les notions de schéma corporel, de corps social, d'image du corps ont été traitées, chap. 5, Les conduites destructrices solitaires).

Le choix d'objet[1] ***sexuel.*** — Le choix d'objet sexuel est soumis à l'ensemble des remaniements que constitue l'adolescence (*cf.* chap. 1, Le modèle psychanalytique). Cependant, deux éléments nous paraissent prépondérants : 1) le regroupement des pulsions partielles au sein de la pulsion génitale subordonnée à l'aménagement de la capacité reproductive ; 2) l'harmonisation et la mise en équilibre à l'adolescence entre la lignée objectale et la lignée narcissique.

Tout choix d'objet sexuel à l'adolescence est soumis à ces deux éléments. De plus une série de passages, mouvements dynamiques, progrédients et régrédients, caractérisent le processus de l'adolescence, infiltrent le choix d'objet sexuel et ses difficultés et s'y reconnaissent :

– Le désengagement progressif des objets parentaux est source de difficultés, comme en témoignent des choix d'objet sexuel d'aspect incestueux ou un rejet de soi en temps qu'être sexué pour bien marquer ce désengagement à des images intériorisées et sexuées.

– Le passage progressif de l'autoérotisme à l'hétérosexualité : la conduite masturbatoire, son importance et le fantasme qui y est associé en sont les signes révélateurs.

---

1. Nous utilisons le terme d'objet au sens d'objet interne, intermédiaire entre l'objet externe et l'instance de l'appareil psychique qui est là en cause.

– Enfin, la résolution de la bisexualité : les aléas de cette résolution se marquent dans la succession des choix d'objet sexuel au cours de l'adolescence.

Ces mouvements dynamiques s'expriment à travers le flottement transitoire dans le choix d'objet sexuel, flottement qui s'illustre lui-même à travers la multiplicité des conduites sexuelles. C'est le sens des oscillations entre l'hétérosexualité et l'homosexualité, entre l'attachement aux parents et l'amour porté à un nouvel objet, entre le groupe ou la bande et l'ami unique et idéalisé, entre le premier amour et la relation sexuelle de passage sans investissement affectif et durable.

Ainsi, le choix d'objet sexuel peut-il prendre une forme particulière à l'adolescence dans cette passion amoureuse qu'on appelle « premier amour » : « il s'agit d'une brutale effraction narcissique, d'une violence faite au Moi par un objet extérieur d'autant plus réel que ses qualités sont projectivement celles qui, dans le passé non mémorisable où s'est construit le narcissisme primaire, dans ce temps de la mégalomanie infantile, était celle de la mère : odeur, saveur, traces acoustiques… Cette trace heureusement traumatique ordonnera d'autres amours, des amours d'adultes… » (S. Daymas, 1980).

L'identité sexuelle. — L'identité du Moi, concept développé par Erikson, diffère de l'image corporelle parce qu'elle englobe les identifications de l'individu et qu'elle met l'accent sur les interactions psychosociales. La recherche, puis la constitution de l'identité sont une des tâches importantes de l'adolescence. Une organisation stable de l'identité est considérée par les tenants de la psychanalyse dite génétique comme le signe de la fin de l'adolescence. Cette organisation stable de l'identité est acquise lorsque l'individu est parvenu à s'identifier de façon permanente dans ses objectifs, dans ses ambitions, dans sa sexualité et dans ses rapports avec l'autre sexe, à la fois sur le plan collectif social et sur le plan individuel, éthique. Ainsi, vis-à-vis de la question « quel type de personne suis-je ? », « les sentiments concernant la masculinité ou la féminité et les caractères qui y sont associés, tels que l'activité ou la passivité, la domination ou la soumission, jouent un rôle essentiel dans la réponse ». Cette identité sexuelle, partie intégrante et même souvent fondamentale de l'identité du Moi est appelée identité de genre. L'identité de genre (Gender Identity) rend compte du sexe psychique qu'on doit différencier du sexe biologique se manifestant à la puberté par l'apparition des caractères sexuels secondaires. Ce rappel est nécessaire pour mieux comprendre la divergence entre la position freudienne et la position des postfreudiens comme R.J. Stoller. Pour Freud, l'opposition féminin-masculin ne s'établit clairement qu'à l'adolescence, la sexualité étant caractérisée par l'opposition phallique-castré ; l'œdipe modifie la bisexualité psychique avec chez le garçon une identification masculine prépondérante sur l'identification féminine, et l'inverse chez la fille. Pour les auteurs qui ont succédé à Freud, l'identité sexuelle est acquise bien antérieurement à la

puberté. R.J. Stoller distingue le sentiment précoce d'appartenir à un sexe et la réalité anatomique de son propre sexe, « identité nucléaire de genre » (apparaissant dans la petite enfance), du sentiment qui s'appuyant sur le premier s'élabore ultérieurement grâce à l'évolution libidinale décrite par Freud : identité sexuelle proprement dite ou « identité de genre ». Cette dernière s'établit pour Stoller avant la puberté car elle est issue directement du conflit œdipien. La masculinité et la féminité correspondent aux identifications secondaires constituées par l'enfant grâce au fantasme du complexe d'Œdipe. Le développement de cette identité de genre se poursuit intensément au moins jusqu'au terme de l'adolescence. Cette période, comme le souligne Erikson représente à la fois la dernière étape, mais également une menace pour l'achèvement de cette identité de genre.

Ainsi, l'accession à la sexualité génitale implique une organisation satisfaisante de l'identité sexuelle et des identifications. L'identité sexuelle se « construit » progressivement au cours des étapes successives de l'enfance et de l'adolescence. Cette construction entrecroise subtilement une ligne qu'on peut dire « narcissique » (N) où domine la question de la représentation pour le sujet de ce qu'est le sexe dans son corps et une ligne « objectale » (O) où domine la dimension relationnelle. On pourrait définir la première ligne comme le travail de mise en représentation préconsciente et consciente de la pulsion sexuelle ; cette ligne suit un long chemin déjà préparé par le complexe d'Œdipe et qui est réactivée par l'émergence de la puberté. On peut la résumer de la façon suivante (voir tableau 7-I) :

(N1) « Le sexe que j'ai ». — C'est la phase de reconnaissance de son propre sexe qui correspond à l'affirmation narcissique/phallique de son identité sexuée. Certes, cette reconnaissance s'est affirmée dès l'enfance, au décours de la période œdipienne mais, à cet âge, elle reste précisément dominée par l'affirmation phallique. L'émergence pubertaire la réactualise et lui donne une réalité et une acuité tout à fait nouvelles. Classiquement, cette reconnaissance serait primaire chez le garçon (N1 précède N2), secondaire chez la fille (N2 précède N1).

(N2) « Le sexe que je n'ai pas ». — C'est la phase de reconnaissance de la différence anatomique des sexes qui correspond à l'acceptation de l'épreuve de réalité dans le champ de la sexualité : « l'autre n'est pas comme moi ». Là encore, si ce constat de différence est en général acquis dès l'enfance (mais pas toujours) et mobilise la « curiosité sexuelle » d'une part, l'angoisse de castration d'autre part, cette différence reste assujettie au primat du phallus. Elle prend à l'adolescence une tout autre dimension précisément parce que le corps devenant pubère ce n'est plus simplement une question de curiosité psychique mais un éprouvé corporel qui peut être source d'angoisse, de perplexité ou de sentiment de persécution. (« Qu'est-ce que l'autre peut bien ressentir dans un corps si différent du mien ? »)

(N3) « Il me manque quelque chose ». — C'est la phase d'acceptation de la castration symbolique pour l'un comme pour l'autre sexe : au-delà du constat de la différence anatomique des sexes, la puberté confronte le sujet au manque fondamental et structurel qui constitue toute personne : la pulsion génitale cherche son objet d'assouvissement. L'immaturité sexuelle avait jusque là « protégé » l'enfant de cette obligation de constat et lui avait donné par là même ce sentiment d'omnipotence infantile auquel l'adolescent doit précisément renoncer. C'est en ce sens que l'accession à la génitalité n'est pas seulement un gain, elle peut aussi être ressentie comme une perte relative (voir ci-après). Cette phase est spécifique à l'adolescence et il est probable que son acuité est bien plus intense à cet âge qu'elle le sera ultérieurement.

(N4) « L'autre est pourvu de ce qui me manque ». — C'est la phase de reconnaissance de la nécessaire complémentarité des sexes et par conséquent d'acceptation de la dépendance avec l'élaboration consécutive de la position dépressive. Au moment où l'adolescent voudrait affirmer sa totale indépendance, la pulsionnalité sexuelle le confronte au « besoin » de l'objet complémentaire d'abord (analogue sexuel du stade de l'objet partiel), de l'autre porteur de cet objet ensuite (objet total), ce qui peut être éprouvé comme une menace de persécution voire même d'aliénation. Accepter cette nécessaire complémentarité des sexes revient à accepter la finitude humaine et le besoin de relation auquel nul ne peut échapper.

(N5) La réalisation sexuelle. — C'est la phase au cours de laquelle le sujet se trouve confronté à ses fantaisies sexuelles à travers la scène imaginaire de l'accouplement, reprenant les scénarios de la « scène primitive » infantile, c'est-à-dire la manière dont l'enfant, à la période de la névrose infantile, pouvait fantasmer la sexualité parentale. La possible réalisation sexuelle réactualise ces fantasmes chez l'adolescent sous forme de « scènes pubertaires » de façon d'autant plus intense qu'il aura éprouvé les phases précédentes avec un sentiment d'angoisse ou de persécution. La nécessaire agressivité doit pouvoir être neutralisée par la libido de façon à ce que cette « scène génitale » (issu de la scène primitive via les scènes pubertaires) ne soit pas entièrement sous l'emprise des motions pulsionnelles de violence et de haine. Contenant-contenu doivent sinon se neutraliser du moins s'équilibrer dans une relation de confiance réciproque minimum. Deux fantasmes agressifs peuvent prédominer et empêcher ce relatif équilibre, celui de l'oralité dévorante ou celui de l'analité explosive :

(N5a) « Le vagin n'est pas dangereux pour le pénis ». — C'est la phase de neutralisation de l'oralité agressive et de dégagement de la soumission à l'archaïque maternel dévorateur qui est symbolisée par le fantasme de la dangerosité du contenant pour tout contenu.

(N5b) « Le pénis n'est pas dangereux pour le vagin ». — Phase de neutralisation de l'analité agressive et de dégagement de la soumission à la

TABLEAU 7-I. – *Les aléas de la représentation préconsciente/consciente de l'identité sexuée.*

	Pensée consciente ou préconsciente	*Signification symbolique*	*Travail psychique d'élaboration*
1	Le sexe que j'ai	Reconnaissance de son sexe	Affirmation narcissique/phallique de l'identité sexuée (enfance-œdipe)
2	Le sexe que je n'ai pas	Reconnaissance de la différence des sexes	Acceptation de l'épreuve de la réalité (enfance-latence)
3	Il me manque quelque chose	Acceptation de la castration symbolique	Renoncement à la toute puissance infantile (début d'adolescence)
4	L'autre est pourvu de ce qui me manque	Reconnaissance de la complémentarité des sexes	Elaboration de la position dépressive : acceptation de la dépendance (adolescence)
5a	Le vagin n'est pas dangereux pour le pénis	Neuralisation de l'oralité agressive	Dégagement de l'archaïque maternel (le contenant détruit le contenu)
5b	Le pénis n'est pas dangereux pour le vagin	Neutralisation de l'analité agressive	Dégagement de la violence mâle (le contenu détruit le contenant)

violence mâle destructrice qui est symbolisée par le fantasme de la dangerosité du contenu pour tout contenant.

Cependant, à côté de cette mise en représentation pour le sujet de sa pulsionnalité sexuelle, une seconde ligne de réaménagement doit s'opérer, celle où l'individu doit ré-élaborer sa relation à l'autre à partir de la nouveauté de sa position œdipienne post-pubertaire. En effet, le « pubertaire » qui est au fonctionnement psychique ce que la puberté est au fonctionnement du corps (Ph. Gutton, 1991) excite l'adolescent et le contraint au travail relationnel suivant (voir tableau 7-II) :

(O1) « Le rapproché incestueux ». — C'est la phase qui pousse l'adolescent(e) vers son « objet incestueux », le parent de l'autre sexe. Mais en même temps ce mouvement le confronte à la menace incestueuse. Autant pendant l'enfance ce rapproché était inoffensif et même source d'un évident plaisir, autant à l'adolescence ce rapproché, tout en étant excitant, devient menaçant.

(O2) « La soumission isogénérique ». — C'est la phase qui pousse l'adolescent(e) à aller vers son « objet œdipien indirect », c'est-à-dire le

parent du même sexe que lui, pour se protéger de la menace incestueuse. Mais en même temps, ce mouvement le confronte à la menace de la confusion identitaire : je suis trop proche, si je lui ressemble trop, je risque de ne plus savoir qui je suis. Alors que dans l'enfance ce rapprochement confortait la construction de l'identité, soudain à l'adolescence il devient une menace potentielle pour cette même identité.

(O3) «L'alliance aux pairs». — Au cours de cette phase, l'adolescent(e) s'éloigne de son objet œdipien indirect, le parent du même sexe, pour ne pas s'y soumettre et s'y confondre. Désormais, il va chercher et tenter de trouver auprès des pairs surtout ceux de son sexe, les étayages nécessaires marqués par la barrière des générations (il y a des choses qu'on fait entre copains qu'on ne fait plus avec les adultes et surtout avec les parents), mais qui éveille le risque de l'homosexualité par-delà l'homophilie qui se caractérise par ce plaisir d'être tous ensemble et tous semblables.

(O4) «La découverte de l'objet d'amour». — Cette phase inscrit l'adolescent(e) dans la relation à un autre différent de soi, tant au plan de la différence des sexes que de la radicale «altérité» d'autrui. Ainsi l'adolescent(e) se dégage de la menace homophilique et homosexuelle, mais il est confronté à la radicale altérité de l'autre, c'est-à-dire au sentiment de solitude.

C'est l'ensemble de ce travail d'élaboration qui caractérise la construction de l'identité et des identifications sexuelles à l'adolescence avec un entrecroisement de ces deux problématiques, celle de la mise en représentation de la pulsionnalité sexuelle dans une dimension essentiellement narcissique et celle du rapport à l'autre dans une dimension plus objectale. Bien évidemment, la nécessaire ré-élaboration des relations aux objets œdipiens constitue l'arrière plan de ce travail qui, en outre, sollicite aussi les fondements de l'identité primaire, assise du narcissisme.

Enfin, au plan économique, la puberté confronte le jeune à une excitation qui le menace toujours de débordement, sollicitant activement son fonctionnement psychique à travers la capacité de désinvestissement, déplacements, réinvestissements, sublimation, etc. En effet, la puberté et plus encore son correspondant psychique, le pubertaire, sollicitent intensément la vie fantasmatique, ce qui pousse le sujet à élaborer des scénarios imaginaires sources de gratifications possibles et tolérables. Cette excitation peut avoir valeur traumatique par la dimension incontrôlable qu'elle est souvent susceptible de prendre si le jeune ne supporte pas la frustration que la nécessaire attente va imposer : les éprouvés corporels et sensoriels peuvent alors devenir des quasi persécuteurs. La recherche de la décharge par le passage à l'acte peut, pour certains adolescents, devenir compulsionnelle dans le but de libérer le corps de cette tension envahissante. Pendant longtemps, cette voie de décharge fut essentiellement auto-érotique et masturbatoire, étayant l'activité de représen-

tation ou à défaut, agie au travers de conduites auto-agressives (TS, accidents, etc.). La relative liberté sexuelle actuelle permet à certains jeunes confrontés à cet excès d'excitation de trouver la voie directe de décharge dans une mise en acte du sexe, hétéro ou homosexuelle.

TABLEAU 7-II. – *La réélaboration de la relation à l'autre sous l'impact de la puberté et de ses aléas.*

	Le vécu conscicnt ou préconscient	*Signification symbolique*	*Travail psychique d'élaboration de…*
1	L'excitation provoquée par le parent de l'autre sexe	Débordement traumatique : la menace incestueuse	L'œdipe direct ou positif
2	La soumission isogénérique : le refuge auprès du parent du même sexe	Menace de confusion identitaire : le besoin parricidaire	L'œdipe indirect ou négatif
3	L'alliance aux pairs	Attirance homophilique : la menace homosexuelle	L'inscription de la barrière générationnelle
4	Le premier amour : l'objet d'amour	Menace de la solitude : la radicale altérité de l'autre	L'inscription dans la différence des sexes

FACTEURS SOCIOCULTURELS

Si la sexualité et les principaux fantasmes sexuels sont communs à tous les adolescents quelles que soient les époques ou les cultures, il n'en demeure pas moins que les relations sexuelles, leur préparation, leur fréquence, leur plus ou moins grande facilité, leur acceptation par le groupe ou les parents varient selon la culture et selon les époques ; les récits et les travaux des ethnologues en sont une illustration évidente. Citons à titre d'exemple l'étude de la sexualité chez les adolescents d'une tribu indienne, les Muria dans l'État de Bastar. Dans cette tribu, la vie sexuelle des adolescents est centrée autour d'une institution appelée le Ghotul ou maison des jeunes. Cette maison est une institution hautement hiérarchisée où le Chef représente le père et la Cheftaine la mère. Dans cette maison, véritable établissement de nuit, les rencontres ont lieu souvent le soir, les garçons arrivant un par un, portant leurs nattes de couchage, puis les filles toutes ensemble. Après des activités préliminaires (coiffure, massage), tout le monde se prépare à aller au lit. Le matin les filles doivent être sorties du Ghotul avant l'aube. Une fille ne doit en effet se laisser voir de ses parents ni quand elle sort de chez elle pour aller au Ghotul ni quand elle en revient. Le système du Ghotul oblige les jeunes à changer de partenaire tous les deux ou trois jours. En revanche, si des futurs époux vivent dans le même Ghotul, ils ne doivent en rien avoir à faire l'un avec l'autre. Il y a également tout un cercle de parenté interdit. Nous pourrions évidemment citer d'autres exemples, dans d'autres

cultures, décrits remarquablement par Mead ou Malinowski. La preuve des liens existant entre l'organisation sociale et la sexualité des adolescents n'est plus à faire. Pour rester dans la civilisation occidentale, les changements constatés au niveau des comportements sexuels des adolescents ne peuvent pas être isolés des modifications sociales globales concernant cette tranche d'âge au cours de ces trente dernières années.

Une constante peut cependant être retrouvée quelles que soient les époques ou les sociétés. O.F. Kernberg (1980) suggère en effet que la « moralité conventionnelle » (c'est-à-dire les règles sociales) peut protéger le couple et son intimité contre l'agression du groupe élargi dont il fait partie, mais au prix d'une sexualité « autorisée ». L'hypothèse de O.F. Kernberg repose en effet sur l'idée que la réaction du groupe vis-à-vis du couple est fondamentalement ambivalente : l'idéalisation, l'espoir que le couple évoque dans le groupe dont il fait partie sont contrebalancés par l'envie, le ressentiment et le désir du groupe de détruire cette union. Ceci explique que les individus ou les couples réagissent toujours par une distanciation vis-à-vis de l'« idéologie officielle ». Cette remarque est importante pour l'adolescent dont une des tâches est la capacité d'établir peu à peu une sexualité personnelle satisfaisante et de la réaliser dans l'intimité d'un couple. Ainsi, il convient d'apprécier chez les adolescents leur capacité de se réaliser dans une vie de couple avec une certaine indépendance vis-à-vis du groupe social environnant. Ce dernier peut être le groupe social des adultes et des parents, mais aussi le groupe social des pairs, c'est-à-dire des autres adolescents. Il n'est pas exceptionnel par exemple de voir des adolescents présentant des comportements faisant croire à une très grande libération sexuelle, mais qui masquent en fait une sévère inhibition et qui reflètent en réalité un échec dans la différenciation du couple ou de l'individu vis-à-vis des valeurs idéologiques conventionnelles du groupe des pairs.

PSYCHOPATHOLOGIE DES PRINCIPALES CONDUITES SEXUELLES

L'appréciation des conduites sexuelles en psychopathologie pose un problème complexe centré sur la notion de normalité. Il faut une fois de plus distinguer le point de vue sociologique de l'anormalité et le point de vue clinique et psychopathologique sur l'anormalité en rapport avec le développement psychique. M. Laufer pose le problème de la façon suivante :

– d'un point de vue sémiologique, certaines formes d'activités ou de comportements sexuels durant l'adolescence représenteraient invariablement une rupture dans le développement psychologique ;

– d'un point de vue structurel, certaines ruptures quand elles surviennent se manifestent par une activité ou un comportement qui apparaît comme anormal dans l'évolution ou le traitement ;

– d'un point de vue épistémologique enfin, le psychanalyste doit-il établir un jugement sur telle activité ou tel comportement dans l'évolution d'un traitement ?

Pour cet auteur, il faut être clair : « les formes d'activités sexuelles qui nécessitent d'être considérées comme anormales en terme de développement psychologique… sont celles qui excluent l'hétérosexualité comme l'activité sexuelle primaire entre deux individus. » Ainsi l'homosexualité, le fétichisme, le travestissement et les perversions appartiennent à cette catégorie. Cependant ces conduites peuvent être considérées comme pathologiques uniquement dans la mesure où elles sont le signe que l'adolescent n'a pas intégré une image du corps physiquement mâture ou n'a pas établi une identité sexuelle personnelle. Une telle évaluation nécessite d'attendre la fin de l'adolescence. Antérieurement, ces conduites peuvent apparaître parfois comme le signe d'un effort du Moi pour établir cette identité sexuelle. M. Laufer insiste sur le fait qu'il est souhaitable d'informer l'adolescent avant tout traitement de la propre conception du thérapeute concernant la normalité de telle conduite sexuelle.

Nous pouvons distinguer trois catégories de difficultés dans le domaine de la sexualité de l'adolescent :

– la réalisation sexuelle et ses difficultés : absence de relations sexuelles, frigidité, éjaculation précoce, impuissance ;

– le choix d'objet sexuel et ses difficultés : masturbation, homosexualité, conduite incestueuse ;

– l'identité sexuelle et ses difficultés : transexualisme, ambiguïté sexuelle.

Rappelons une fois de plus que cette distinction en trois catégories est schématique. Il est incontestable par exemple que si l'homosexualité renvoie à une difficulté du choix d'objet sexuel, elle pose en même temps le problème de la constitution de l'identité sexuelle de l'individu.

LES DIFFICULTÉS DE LA RÉALISATION SEXUELLE

Les difficultés de la réalisation sexuelle peuvent prendre différentes formes plus ou moins intriquées :

1) L'absence totale de relations sexuelles au cours de l'adolescence représente incontestablement de nos jours une anormalité au sens statistique du terme. Qualitativement cette absence peut être le signe d'une inhibition névrotique, massive ou d'une angoisse encore plus archaïque.

2) À l'inverse, des rapports sexuels multiples avec des changements de partenaire quasi systématiques dans une sexualité en apparence tout à fait libre de culpabilité et de conflit, peut être le signe d'une dépression à vif se

centrant non pas tant sur le plaisir ou le non-plaisir du fonctionnement du corps que sur une inhibition intellectuelle : « on assiste à une resexualisation du fonctionnement mental qui devient alors la seule castration, et une désexualisation de la sexualité » (E. Kestemberg, 1978).

3) Le premier orgasme, la première éjaculation, la première masturbation, les premières règles, les premières relations sexuelles peuvent être à l'origine d'un traumatisme psychique, traumatisme écran vis-à-vis des traumatismes sexuels infantiles. À un niveau inconscient, cette première expérience marque la participation à la scène primitive et ravive l'angoisse inhérente au conflit œdipien : angoisse de castration puis plus profondément angoisse de morcellement. Cliniquement, nous pouvons assister alors à des attitudes de repliement manifestant une inhibition névrotique sous-jacente, en particulier dans le domaine intellectuel ou à des envahissements psychotiques chez des adolescents plus fragiles.

4) La frigidité primaire ou secondaire, l'éjaculation précoce et l'impuissance. Après avoir éliminé une cause organique, ces troubles relèvent du même type de mécanisme psychopathologique et se rapportent à l'angoisse liée au conflit œdipien. Ces difficultés dans la réalisation sexuelle sont fréquentes à l'adolescence, mais sont souvent transitoires. Elles peuvent cependant perdurer et devenir des manifestations particulièrement invalidantes dont ne viendront se plaindre que bien plus tard ces patients devenus adultes.

5) Enfin, nous en rapprocherons les différents troubles menstruels de l'adolescence : aménorrhée primaire ou secondaire, dysménorrhée, métrorragie ou ménorragie. Ils nécessitent un bilan organique, mais traduisent souvent chez l'adolescente une acceptation difficile de sa féminité et de sa sexualité. Un soutien psychologique est trop souvent négligé dans ces problèmes quotidiens de médecine.

LES DIFFICULTÉS DU CHOIX SEXUEL

Le choix d'objet sexuel dont nous avons parlé précédemment connaît tout au long de l'adolescence des aléas plus ou moins importants. Nous pourrions les différencier selon les étapes successives de l'adolescence telles que les a décrites par exemple P. Blos (1979). Trois conduites particulières illustrent bien le problème du choix d'objet : la masturbation, l'homosexualité et les conduites incestueuses. En revanche, nous ne traiterons pas les différentes conduites sexuelles perverses (fétichisme, zoophilie, exhibitionnisme, sadisme sexuel, etc.). Elles sont rares à l'adolescence, nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage *Psychopathologie de l'adulte*.

La masturbation. — Le temps est déjà lointain où la masturbation apparaissait comme un vice ou une maladie. De nos jours la masturbation est

considérée comme une activité naturelle, si ce n'est nécessaire. La question que l'on doit se poser maintenant est la suivante : comment cette conduite banale, et qui appartient au registre de la psychologie normale peut-elle entrer chez l'adolescent dans le champ de la psychopathologie ? Joyce MacDougall parle de « processus masturbatoire » et en décrit deux versants : un acte et un fantasme. Ces deux versants peuvent trouver des destins différents dans la vie psychique.

Si l'acte masturbatoire, comme chacun sait, apparaît bien avant l'adolescence, à cet âge il débouche sur la possibilité d'une éjaculation et donc d'un orgasme.

Le lien entre l'acte masturbatoire et le fantasme intéresse tout particulièrement le clinicien : pour les psychanalystes l'adolescent qui se masturbe introjecte une image de la scène primitive dans laquelle par son acte il peut être père et mère à la fois. Le « processus masturbatoire » réalise alors par excellence l'illusion bisexuelle de la vie érotique, l'idéal hermaphrodite. En se masturbant l'adolescent contrôle ainsi magiquement ses parents et nie le danger de la castration. L'acte et le fantasme qui y est associé sont donc le lieu d'un désir profondément interdit et entraînent des sentiments de culpabilité, de honte et d'anxiété.

Si l'acte masturbatoire est facilement reconnaissable et avouable, il n'en est pas de même du fantasme qui l'accompagne. Le contenu des fantasmes masturbatoires traverse pour certains deux étapes. Au début de l'adolescence les fantasmes masturbatoires sont de nature volontiers régressive ; on y retrouve les phases érotiques du début de la vie, orales, anales, sadiques, narcissiques, homosexuelles et hétérosexuelles ; ultérieurement, ils deviennent plus hétérosexuels et se centrent sur un partenaire sexuel précis. La masturbation est vécue alors par le Moi comme une préparation à assumer le rôle de partenaire sexuel ce qui lui donne une valeur positive. Au moment de la résolution du complexe d'Œdipe et de l'internalisation du Surmoi, M. Laufer décrit le « fantasme masturbatoire central », fantasme dont le contenu est constitué des différentes satisfactions agressives et des principales identifications sexuelles. Il ne dépend pas de l'existence ou non d'une conduite masturbatoire agie de l'enfance. Il est universel. Durant la période de latence le contenu de ce fantasme reste inconscient. À l'adolescence, il prend un nouveau sens en raison de la maturation physiologique des organes génitaux et entraîne de nouvelles demandes au Moi.

À l'adolescence, le processus masturbatoire associant masturbation et fantasme, rend possible l'intégration puis l'évolution des fantasmes pervers de l'enfance : il aide le Moi à s'organiser autour de la suprématie de la génitalité et du plaisir terminal. Pour certains ceci est surtout vrai pour le garçon. Chez l'adolescente, il semblerait que l'acte masturbatoire soit moins fréquent et que le processus masturbatoire tel qu'on vient de le décrire affecte plutôt la totalité de son corps.

Dans le cas où l'acte masturbatoire est absent ou réprimé, le fantasme n'a plus d'issue corporelle, la libido et l'énergie agressive qui auraient été déchargées dans l'acte peuvent dans de telles conditions infiltrer des activités du Moi et en altérer le développement. Rappelons à cet égard l'article de M. Klein de 1927 intitulé « contribution à la psychogenèse des tics » : M. Klein montre combien une suppression radicale de la masturbation a engendré chez un préadolescent, en plus d'une grande inhibition portant sur les intérêts intellectuels et les relations sociales, l'apparition d'un tic important et gênant. En accord avec Ferenczi, elle affirme que le « tic est l'équivalent de la masturbation », et que, plus que cela encore, des fantasmes masturbatoires lui sont attachés. C'est ainsi que l'analyse de ces fantasmes masturbatoires fut la clé de la compréhension du tic, puis de sa disparition. Cette analyse permit à ce préadolescent de surmonter sa peur, de toucher ses organes génitaux et de vaincre ainsi sa crainte devant la masturbation.

Au moment de l'adolescence on peut considérer que l'absence totale de masturbation ou son apparition très tardive, traduisent plus souvent que les conduites masturbatoires très fréquentes, un état pathologique. Toutefois, les liens entre certains aspects psychopathologiques et le retard ou l'absence de masturbation sont complexes. M. Laufer a montré que, dans le traitement d'adolescents présentant un « effondrement psychique » ou une perturbation mentale grave, la masturbation est ressentie comme quelque chose de profondément angoissant ou même discordant avec eux-mêmes. Toute sensation par et dans le corps est vécue comme une véritable effraction et une menace pour leur propre Moi : l'éjaculation nocturne, les relations sexuelles et la masturbation représentent pour ces adolescents une perpétuelle demande par le corps de sentir quelque chose qu'ils tentent précisément de nier. Au niveau du fantasme masturbatoire, une confusion apparaît à propos du rôle respectif de l'homme et de la femme dans l'acte sexuel, il n'y a plus d'illusion bisexuelle, mais une confusion de l'identité (M. Laufer).

L'homosexualité. — Les données épidémiologiques nous ont montré que la pratique régulière de l'homosexualité ne s'installe généralement qu'après 21 ans. Pourtant, lorsqu'on consulte les ouvrages traitant de l'homosexualité à l'adolescence, la grande majorité des auteurs s'entendent pour dire qu'elle est fréquente. En fait, tout dépend de ce que l'on entend par le terme d'homosexualité.

Il convient donc de distinguer, lorsqu'on parle d'« homosexualité », entre la construction des identifications (voir chap. 1, Identité-Identification), les fantasmes ou fantaisies homosexuelles, les craintes conscientes de l'homosexualité, les jeux et attouchements avec des pairs du même sexe, les relations homosexuelles intermittentes et la pratique homosexuelle exclusive. Pour toutes ces situations l'usage indifférencié du mot « homosexualité » crée plus de confusion et d'erreurs que de clarification et de cohérence sémiologique.

Précisons enfin que l'homosexualité n'est pas un diagnostic en soi mais qu'il s'agit d'évaluer à travers un fantasme, un désir, une crainte, ou une pratique, la relation que l'adolescent établit avec son corps propre et avec autrui en acceptant (ou non) de prendre en considération la réalité de la différence anatomique des sexes.

La question de l'homosexualité en clinique. — Lebovici et Kreisler ont distingué différentes situations cliniques au cours desquelles la question de l'homosexualité pouvait être soulevée par l'adolescent et/ou ses parents. Toutefois, les auteurs considèrent qu'on devrait réserver le terme « homosexuel » aux adolescents qui « s'adonnent à des pratiques homo-érotiques avec un goût exclusif et d'une façon répétée ». Selon ces auteurs, on ne peut qualifier d'homosexuels les adolescents ayant des contacts homosexuels isolés ou chez lesquels alternent des expériences homosexuelles et hétérosexuelles ni ceux où la répétition de ces expériences n'apparaît pas.

1) *Crainte et/ou pensée homosexuelle :* le clinicien est parfois interpellé par l'adolescent qui pense être homosexuel parce qu'il se sent « attiré » par ceux de son sexe. Ces fantaisies assez fréquentes s'intègrent souvent à une relation d'amitié intense, ou à une attirance dans le groupe des pairs du même sexe. Elles témoignent de l'intensité du lien œdipien inversé et du besoin de s'en dégager par un étayage sur l'ami ou le groupe.

Parfois ces craintes ou pensées s'intègrent dans un tableau sémiologique plus précis, en particulier une névrose obsessionnelle marquée par la répudiation de ces pensées/désirs ressentis comme homosexuels ou le désarroi qu'ils provoquent. À un degré supplémentaire, ces pensées sont projetées sur l'extérieur sous forme paranoïde (peur d'être suivi ou poursuivi par un adulte du même sexe) ou délirante (conviction délirante d'être homosexuel).

Parfois ce sont les parents qui conduisent à la consultation leur adolescent avec la crainte que celui-ci ne soit homosexuel devant des attitudes, des intérêts qu'ils jugent ambigus. Cette situation est souvent inquiétante car face à ces récriminations parentales, l'adolescent risque de s'inscrire dans un processus d'identification négative (s'identifier aux aspects redoutés des parents pour tenter de se dégager d'un lien œdipien envahissant), paravent factice d'une pathologie sous-jacente souvent importante.

2) *Les fantasmes ou fantaisies homosexuels* sont souvent retrouvés dans le cours d'une psychothérapie d'adolescent. Ils traduisent à l'évidence le travail psychique d'élaboration identitaire, de reconnaissance et d'intégration de l'image sexuée de son corps propre mais aussi de reconnaissance et acceptation de l'autre sexe comme complémentaire du sien. Ces fantaisies homosexuelles sont souvent liées au nécessaire travail de deuil de l'omnipotence infantile. Parfois ces fantaisies ont une intensité telle que l'adolescent développe des conduites de lutte qui sont à l'origine de la consultation ou du traitement : tentative de suicide, anorexie mentale, toxicomanie, comportement sexuel chaotique, automutilation, etc. De ce point de vue l'interrogation

sur l'« homosexualité » est un thème habituel, sinon patent du moins latent, dans de nombreuses psychothérapies.

3) *Les relations homosexuelles* proprement dites représentent une situation clinique beaucoup moins fréquente. Dans l'enquête INSERM 1993 (*Le Monde*, 26 mai 1994) portant sur 12 391 jeunes de 11 à 19 ans, 2 % des garçons et 1 % des filles déclarent avoir eu des relations homosexuelles. Pour M. Laufer (1989), face à une conduite homosexuelle à l'adolescence certaines précisions sont nécessaires : *a*) L'activité homosexuelle a-t-elle existé avant l'adolescence ce qui témoigne en général que des distorsions dans l'image du corps préexistaient avant la puberté ; *b*) Les passages à l'acte homosexuels sont-ils survenus peu après la transformation pubertaire et ont-ils duré pendant toute l'adolescence auquel cas l'élaboration psychodynamique de l'adolescence risque fort d'être gravement entravée ; *c*) L'activité homosexuelle implique-t-elle une pénétration (anale, orale) et pas seulement une masturbation réciproque, ce qui témoigne en général d'un accrochage au fantasme de complétude de la petite enfance ; *d*) Le partenaire homosexuel est-il unique et chargé d'une signification affective particulière (ce qui peut encore s'intégrer à une relation d'étayage identitaire ou de soumission à un lien œdipien indirect particulièrement intense) ou au contraire s'agit-il de partenaires sexuels multiples et sans implication affective ce qui peut représenter des besoins compulsionnels d'attaque du corps propre ou de l'objet.

Bien évidemment, il ne s'agit pas de proposer une typologie factice et de mettre en corrélation un acte et un conflit psychique particulier mais au contraire de montrer la diversité des aménagements pulsionnels et défensifs, des niveaux de construction identitaire sous une conduite qu'on a trop souvent tendance à résumer sous un seul terme.

Les relations homosexuelles sont très souvent à l'adolescence marquées par une grande culpabilité ou parfois une véritable honte. En effet, la reconnaissance sociale maintenant plus facile pour les adultes n'est pas aussi aisée pour les adolescents qui, en général, cachent leur homosexualité.

4) *L'homosexualité vénale :* l'homosexualité vénale chez l'adolescent représente le dernier cas cité par Lebovici et Kreisler. Cette situation polymorphe peut s'intégrer dans de nombreux contextes cliniques. Elle peut marquer :

– l'entrée dans la psychose ;

– la lutte contre l'anxiété névrotique ;

– le plus souvent elle s'inscrit dans le cadre des conduites psychopathiques accompagnées alors d'autres manifestations comme la prostitution ou la toxicomanie.

L'homosexualité à l'adolescence présente donc une grande diversité de formes. Sans dénier cette diversité renvoyant à des situations différentes, Lebovici et Kreisler estiment qu'on doit réserver le terme d'homosexuel pour les adolescents qui « s'adonnent à des pratiques homo-érotiques avec un goût exclusif et d'une façon répétée ». Ainsi, on ne peut qualifier d'homosexuels les

adolescents ayant des contacts homosexuels isolés ou chez lesquels alternent des expériences homosexuelles et hétérosexuelles, ni ceux où la répétition de ces expériences n'apparaît pas. Ceci explique sûrement le faible taux d'homosexualité manifeste chez l'adolescent dans les études épidémiologiques.

Significations psychologiques et psychopathologiques. — Nous ne citerons ici que des modèles de compréhension se référant à la théorie psychanalytique ; cette approche est la plus prédominante dans les travaux consacrés à l'adolescence. La majorité des études distingue en fait l'homosexualité de la première partie de l'adolescence qui correspond à une phase normale de développement et l'homosexualité de la seconde partie de l'adolescence qui peut avoir une signification différente, plus inquiétante ouvrant la voie à l'homosexualité de l'adulte.

Pour Freud, l'homosexualité est une inversion quant à l'objet sexuel. L'inversion à l'adolescence est fréquente et normale ; trois données expliquent que l'inversion ne se prolonge pas à l'âge adulte :

1) L'attraction que les caractères des sexes opposés exercent l'un sur l'autre.
2) L'influence inhibante qu'exerce la société.
3) Les souvenirs d'enfance :

- chez l'homme, ce sont les souvenirs de la tendresse qui lui fut donnée par sa mère et qui le pousse à diriger son choix d'objet vers la femme, et les souvenirs d'intimidation sexuelle de la part du père qui le pousse à se détourner des objets masculins ;
- chez la femme, ce sont les souvenirs de la tutelle de la mère qui favorisera l'attitude hostile vis-à-vis de son propre sexe et qui la pousse vers un choix d'objet hétérosexuel.

A. Freud considère les manifestations homosexuelles de l'adolescence comme normales. Elles sont « des récurrences de liens objectaux prégénitaux, sexuellement indifférenciés qui redeviennent actifs au cours de la préadolescence, en même temps que beaucoup d'autres attitudes prégénitales et œdipiennes. Le choix d'objet sexuel à l'adolescence est dû aussi à la régression de l'investissement d'objet vers l'amour pour sa propre personne et l'identification à l'objet ». L'objet représente donc alors le Soi réel et l'idéal de Soi. Les manifestations homosexuelles sont donc des phénomènes d'ordre narcissique. « Elles (les manifestations homosexuelles) sont plus significatives de la profondeur de la régression que du rôle sexuel ultérieur de l'individu. » Ainsi pour Anna Freud, la distinction entre l'homosexualité latente et l'homosexualité manifeste s'applique à la sexualité adulte et ne peut servir à expliquer la masturbation mutuelle et autres jeux sexuels entre adolescents.

P. Blos et surtout M. Laufer poursuivent en ce sens et distinguent clairement l'homosexualité correspondant à une phase normale du développement pendant la première adolescence (ou « adolescence proprement dite », *cf.* chap. 2) et l'homosexualité pour ainsi dire fixée (comparable à celle de

l'adulte) pouvant s'observer au cours de l'adolescence dite tardive. Pendant la première période, les relations homosexuelles peuvent être pour l'adolescent « un moyen d'expérimenter sa maturité physique et les sensations corporelles qui s'y rapportent ». Pendant la dernière période, les relations homosexuelles sont toujours le signe d'une perturbation car « il devra avoir accepté sa maturité corporelle et être capable de relations hétérosexuelles ». Entre ces deux types d'homosexualité, P. Blos évoque la nécessité d'une résolution du complexe d'Œdipe inversé, résolution qui ouvre la voie du choix d'objet sexuel de l'adulte. M. Laufer insiste sur deux critères pour évaluer les conduites homosexuelles à l'adolescence : l'un temporel car elles peuvent être considérées comme pathologiques à une époque et normales à une autre ; l'autre qualitatif, une même conduite peut avoir des significations différentes à une même époque de l'adolescence : par exemple au cours de la première période, une conduite homosexuelle n'a pas systématiquement une signification favorable car des relations homosexuelles prématurées peuvent cacher à cet âge le refus du changement corporel obligeant l'adolescent à renoncer au secret de son corps.

Enfin, en inscrivant la signification de la conduite homosexuelle dans le processus entier de l'adolescence, il faut souligner l'importance du groupe identificatoire des pairs qui a comme fonction l'intégration de la libido homosexuelle et la résolution des problèmes posés par l'identification au parent du sexe opposé.

Transvestisme et fétichisme. — Le transvestisme s'observe chez un homme hétérosexuel qui utilise une ou plusieurs pièces de vêtements féminins pour provoquer une excitation sexuelle soit suivie de masturbation solitaire soit intégrée dans un échange avec un partenaire sexuel plus ou moins complice. Le transvestisme s'observe plus souvent à l'âge adulte. Néanmoins, certains auteurs ont insisté sur les antécédents dans l'enfance et à l'adolescence observés chez les travestis. Ainsi, selon Stoller, ces sujets ont toujours aimé se déguiser en femme ou en fille, ils préféraient les jeux de filles (poupées, élastiques). En début d'adolescence, à l'âge où habituellement l'individu préfère être avec ceux de son sexe (besoin d'inscription dans les identifications de groupe), ces jeunes garçons préfèrent la compagnie des filles. Ils sont souvent rejetés par les autres garçons et objets de moqueries.

Parfois ces adolescents ont souffert d'une humiliation liée à l'obligation imposée par la mère de porter des vêtements féminins. Bien qu'à un degré moindre que dans le cas du transsexualisme (voir chap. 7, Le transsexualisme) ces enfants et adolescents auraient également, selon Stoller, connu une relation particulièrement proche et intense avec leur mère alors que la relation au père est inexistante ou défaillante (père faible, déchu, dévalorisé). Si le transvestisme peut rester une pratique longtemps limitée, dans certains cas l'adolescent ou le jeune adulte s'engage dans une relation de type homosexuelle (voir chap. 7, L'homosexualité).

LES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT DE L'IDENTITÉ SEXUELLE

Nous avons traité ici deux problèmes : le transsexualisme et l'intersexualité ambiguë. Le transsexualisme est un trouble spécifique de l'identité sexuelle. Le transsexuel, comme le sujet normal qui refoule l'altérité sexuelle, la participation de l'autre sexe en lui, a le sentiment d'appartenir exclusivement à un sexe. Mais, contrairement au sujet normal ou à l'homosexuel, il n'y a pas chez le transsexuel choix sexuel, tous les problèmes se posent au niveau de l'identité sexuelle. L'intersexualité ambiguë représente également un trouble de l'identité car le choix ne se pose plus par rapport à l'objet sexuel support de l'objet interne mais par rapport aux représentations de soi en tant qu'objet sexuel, et donc en tant que soi dans son identité sexuelle.

Le transsexualisme. — Le transsexualisme commence le plus souvent au cours de l'enfance. Il s'agit du « sentiment éprouvé par un sujet de sexe déterminé d'appartenir au sexe opposé et le désir intense, souvent obsédant, de changer de conformation sexuelle, pour vivre sous une apparence conforme à l'image qu'il s'est faite de lui-même » (J.M. Alby, 1959).

À l'adolescence le sujet transsexuel (plus fréquemment un garçon qu'une fille) expérimente une crise d'identité et se trouve lui-même dans un conflit :

– interne : à cause de l'impact du développement de sa puberté qu'il ne désire pas ou dont il n'accepte pas le déroulement ;

– externe : à cause de la pression croissante de sa famille et de la société par rapport à ses aspirations.

La puberté avec l'apparition des seins et des règles chez les filles et des érections chez les garçons peut être vécue comme catastrophique. Très souvent, on observe alors des crises de dépression et des gestes suicidaires. Des aspects pervers, névrotiques ou psychotiques peuvent être prévalents suivant les sujets, mais il s'agit de toute façon d'un trouble profond de l'image de soi que l'adolescence vient raviver. Tous les adolescents transsexuels ne trouvent cependant pas la puberté intolérable ; quelques-uns se résignent aux changements corporels, essaient longtemps de rendre compatibles leur personnalité avec leur corps et se conduisent en concordance avec ce que l'entourage attend d'eux, mais ils ne réussissent jamais à supprimer leurs sentiments (J. Kronberg et coll., 1981). Le transsexualisme peut être compris comme faisant partie du groupe des perversions, dernière défense contre la psychose.

Les limites avec le travestissement et l'homosexualité ne sont pas toujours nettes, mais la plupart des auteurs reconnaissent une autonomie clinique au transsexualisme : « le transsexuel qui bafoue ainsi la réalité biologique n'a pas d'anomalies physiques. Il ne délire pas non plus dans un délire de transformation, tel le président Schreber. Il ne fait pas de clin d'œil pervers au

public comme le travesti. Il a l'assurance tranquille d'être dans la vérité » (S. Daymas, 1980).

La compréhension psychanalytique du transsexualisme est mieux établie pour le transsexualisme masculin que pour le transsexualisme féminin. Pour le premier, l'inhibition ou l'annihilation de toute angoisse de castration jusqu'à la castration réelle trouverait son origine dans la symbiose originelle et excessive avec la mère et la carence paternelle. En d'autres termes, la castration symbolique devient la castration réelle en raison de la carence de la fonction constituante de la parole qui fait perdre la dimension symbolique au profit de l'imaginaire (M. Safouan, 1976).

Dans certains cas, la demande ou du moins le thème transsexuel (déclaration du sujet d'avoir un corps du sexe assigné à la naissance mais une « âme de l'autre sexe ») apparaît assez tôt dans l'enfance. De nombreux auteurs se sont interrogés sur l'enfance des transsexuels. Pour L. Ovesey et E. Person (1973), l'enfant aurait été victime d'une intense angoisse d'abandon maternel qu'il tente de surmonter par un fantasme de fusion avec celle-ci.

Pour J. Stoller (1989), on retrouverait dans le passé de ces patients une enfance faite de « trop de mère et pas assez de père » ; le jeune garçon aurait vécu avec sa mère une symbiose « trop parfaite et trop heureuse » que le père, du fait de son absence ou de son effacement, n'aurait à aucun moment chercher à interrompre. Cette symbiose étroite serait à l'origine d'une « identité de genre » perturbée, marquée par une féminité précoce et prononcée chez le garçon. Cependant, C. Chiland (1989) ne retrouve pas toujours de telles données. Pour cet auteur, « l'enfant se conforme à ce qu'il sent qu'il faut être pour être aimé ». C'est autour de ce besoin-désir que se constitue son identité primaire. Tous les auteurs cependant mettent en avant une qualité particulière à la relation mère-enfant mais cela semble plus évident pour les garçons.

Bien que la majorité des demandes chirurgicales et/ou endocrinologiques des transsexuels surviennent à l'âge adulte, l'adolescence paraît une période privilégiée pour un abord psychopathologique de ce problème avant qu'il ne soit cristallisé dans la personnalité adulte.

L'intersexualité ambiguë. — L'intersexualité ambiguë est caractérisée avant tout par l'anomalie des organes génitaux externes. Il s'agit certes d'une anomalie d'origine organique, mais son retentissement sur l'équilibre psychoaffectif est toujours important. Nous les décrirons brièvement. On distingue deux catégories principales :

– le pseudo-hermaphrodisme féminin, le plus fréquent. Il s'agit de filles porteuses d'ovaires, de trompes, d'un utérus et dont les organes génitaux externes sont d'apparence virile. L'origine de cette apparence virilisante est diverse. Laissés à leur sort, ils évoluent vers une morphologie corporelle franchement masculine ;

– le pseudo-hermaphrodisme masculin, plus rare. Il s'agit de garçons porteurs de testicules, habituellement en position ectopique, d'un épididyme, des canaux déférents, d'un bourgeon génital réduit, d'aspect clitorien, d'une fente vulviforme et éventuellement d'une cavité vaginale. Il n'existe pas de troubles endocriniens évolutifs de telle sorte qu'à la puberté on assiste à l'éclosion des caractères secondaires masculins : la voix, le système pileux, la morphologie.

À l'adolescence, deux types de problèmes se posent :

– dans certains cas, aucun diagnostic ou aucun traitement n'a été entrepris. L'évolution psychosexuelle s'est faite selon le sexe attribué au sujet, il est alors confronté à des questions sur son corps ou à des élans amoureux vers l'autre sexe ;

– parfois un diagnostic a été porté précocement et le moment est venu d'une intervention chirurgicale conforme à « l'identité de genre ».

Les problèmes psychopathologiques sont alors variables : tantôt le sujet accepte bien cet état et le traitement qui est nécessaire, tantôt un état dépressif s'installe, des gestes suicidaires surgissent, parfois la condition d'ambiguïté s'établit au sein même de la personnalité : le sujet s'organise alors selon une « identité hermaphrodite » avec une capacité d'interchanger le partenaire sexuel (R. Stoller, 1978). Contrairement à l'homosexualité, les troubles ne portent pas sur l'objet sexuel, mais sur l'identité sexuelle.

ATTITUDES DES PARENTS

La sexualité des adolescents n'est jamais sans retentissement sur les parents. Deux paliers peuvent être distingués : celui des attitudes concrètes des parents face au changement récent de la sexualité des adolescents (relations sexuelles plus précoces, vie de couple sans mariage, contraception, etc.) et celui des modifications intrapsychiques des parents face aux questions soulevées de tout temps par l'apparition des nouvelles potentialités de leur adolescent.

LES PARENTS ET LA SEXUALITÉ DE LEURS ADOLESCENTS : CHANGEMENTS RÉCENTS D'ATTITUDES

Le changement d'attitude des parents face aux problèmes de la sexualité vis-à-vis de leurs enfants se manifeste dans divers domaines :

– l'information sexuelle : l'attitude des parents a réellement changé, ce qui paraissait nécessaire compte tenu de l'évolution socioculturelle. Les

parents sont en effet très favorables actuellement à l'éducation sexuelle de leurs enfants et de leurs adolescents. Certes des facteurs socioculturels ou d'âge des parents jouent encore un rôle dans l'acceptation et la réalisation de cette information, mais le mouvement général semble irréversible. Cependant, ce changement d'attitude n'est pas aussi facilement assumé par les parents que les chiffres pourraient le laisser croire. Les parents sont par exemple de plus en plus favorables à une information sexuelle à condition qu'elle soit faite par les autres (56 % des parents dans une enquête récente estimaient que c'était le rôle des éducateurs, professeurs, etc.), de même les parents manifestent un malaise évident sur certains sujets qui concernent l'information sexuelle. En effet, les sujets les plus facilement abordés sont la grossesse, l'accouchement, la puberté, l'anatomie ; en fin de liste loin derrière, sont cités l'acte sexuel, l'aspect affectif et moral et en tout dernier les maladies vénériennes, les perversions et les désirs ;

– la contraception : il semble que les parents acceptent beaucoup plus facilement la contraception pour leur fille et parfois même anticipent sur la demande de cette dernière ;

– les repères institutionnels et moraux liés à la sexualité : les parents semblent manifester une résistance assez vive aux changements que sont en train de réclamer ou de vivre leurs enfants. La question du mariage reste par exemple un fréquent facteur de conflits rencontrés entre les parents et leurs adolescents à propos du problème d'une pratique sexuelle régulière et ceci principalement pour les filles. Dans ce domaine, les parents restent encore surpris par les changements socioculturels.

LES PARENTS ET LA SEXUALITÉ DE LEURS ADOLESCENTS : REMANIEMENTS INTRAPSYCHIQUES

Face à des adolescents bouleversés et transformés dans leurs corps et leur sexualité, les parents sont conduits également à de profonds remaniements concernant leur propre corps et sexualité. La sexualité de leur adolescent peut être vécue par les parents comme une menace pour eux-mêmes, pour plusieurs raisons :

– Les liens incestueux inconscients qui existaient entre leur enfant et eux-mêmes sont ravivés et surtout surgissent brutalement à la conscience. Aussi longtemps que l'immaturité physiologique de l'enfant se maintient, les désirs incestueux, inconscients peuvent être facilement occultés : jeux de caresses, câlineries diverses sont possibles et non angoissants dans la mesure où l'un des partenaires est, de par sa physiologie, immature. C'est tout autre chose à l'adolescence.

– La sexualité des adolescents fait revivre à l'un ou aux deux parents leurs propres traumatismes. Une mère particulièrement soumise à sa propre mère au cours de son adolescence peut par exemple revivre cruellement le conflit avec sa fille et mal supporter la sexualité de cette dernière. Ceci peut du reste déboucher aussi bien sur un libéralisme excessif que sur une rigidité abusive de la part des parents.

– La sexualité naissante des adolescents est inconsciemment perçue par les parents comme la fin de la leur. Si les adolescents doivent réaliser un travail de deuil (*cf.* chap. 8), les parents doivent également produire en retour un tel travail, en particulier à propos de leur propre vie sexuelle (A. Braconnier et D. Marcelli, 1980 : voir l'adolescent et sa famille, p. 452).

Ces divers mouvements pulsionnels s'intègrent dans ce qu'on appelle le « contre-œdipe parental », c'est-à-dire l'ensemble des pulsions, défenses, investissements et contre-investissements mobilisés dans l'inconscient parental par le surgissement de la sexualité dans le corps de leurs enfants : c'est une partie de ce que nous avons appelé « la crise parentale » (*cf.* p. 461).

La sexualité à l'adolescence est un vaste sujet dont l'abord présente deux risques : un risque extensif en considérant que la sexualité est présente dans tout ce qui concerne l'adolescent et ses problèmes ; un risque réducteur en limitant au seul aspect comportemental ce domaine fondamental pour l'individu à cet âge. Nous avons choisi, dans un but didactique de distinguer plusieurs paliers sans en ignorer les multiples intrications :

– au niveau des conduites : étude des comportements sexuels, la réalisation de la sexualité et des fantasmes sexuels qui l'accompagnent ;

– au niveau du développement psychosexuel et de ses difficultés : au-delà de la réalisation sexuelle, le problème du choix d'objet sexuel et de l'identité sexuelle ;

– au niveau du problème du normal et du pathologique ; étude des conduites sexuelles moralement ou socialement déviantes, sans retentissement sur le développement de la personnalité, opposées aux conduites sexuelles posant un problème psychopathologique en raison de leur retentissement sur le développement de la personnalité.

GROSSESSE À L'ADOLESCENCE

La fréquence des grossesses à l'adolescence connaît une évolution variable selon les pays : elle est en nette régression dans les pays européens.

En France, le taux de fécondité (nombre d'enfants nés vivants pour 10 000 femmes du même âge) est passé à 15 ans : de 43 en 1977 à 25 en 1986 ; à 16 ans : de 134 en 1977 à 66 en 1986 ; à 17 ans : de 314 en 1977 à 147 en 1986 (*source :* INSEE, 1988). On peut penser que l'information sur la

contraception et la législation de 1975 concernant l'interruption volontaire de grossesse ont permis cette diminution. En revanche, la fréquence des grossesses chez les mineures et même les très jeunes mineures augmente de façon inquiétante dans certains pays dont les États-Unis, situation toujours liée à la pauvreté socio-économique, l'exclusion sociale et l'appartenance à des groupes ethniques défavorisés.

ASPECTS SOMATIQUES

L'âge est un critère de distinction essentiel. Après 16 ans, il ne semble pas exister de risque plus élevé pour la grossesse comme pour l'accouchement qu'à l'âge adulte lorsque l'adolescente est correctement suivie sur le plan somatique. En revanche, avant 15 ans ou pour un âge gynécologique (âge chronologique moins âge des premières règles) inférieur à 2, les risques somatiques sont plus élevés : menace d'accouchement prématuré, fréquence de l'anémie, des infections urinaires, accouchements difficiles (présentation siège, sommet). De même pour le pronostic fœtal, la mortalité périnatale est d'autant plus élevée que la mère est jeune.

ASPECTS PSYCHOSOCIAUX

Les facteurs de risque sont nombreux. S'il ne faut pas méconnaître la possibilité de grossesses, d'accouchements, puis d'interactions mère-bébé au déroulement tout à fait favorable chez des jeunes femmes de 18/19 ans, dans la majorité des cas cependant les risques psychosociaux sont importants.

La grossesse survient très souvent dans un climat de rupture : adolescente isolée, en conflit avec ses parents, parfois ouvertement rejetée par sa famille ; en rupture avec une scolarité souvent marquée par l'échec ; les conduites agressives (impulsivité, bagarres) sont fréquentes de même que les fugues. Il n'est pas rare qu'une tentative de suicide précède une grossesse ou suive une IVG (il semble que la première éventualité présente un pronostic psychopathologique plus favorable). Des conduites toxicomaniaques (alcool, tabagisme, haschich) précèdent souvent la grossesse.

Les antécédents de séparation traumatique, de placements sociaux sont fréquents. Le géniteur est en général absent : soit il délaisse l'adolescente, soit celle-ci garde le secret sur son identité.

Le niveau socioculturel de l'adolescente est en général faible ; le mode de vie et l'organisation sociale sont désorganisés ou chaotiques, les conflits familiaux habituels, les antécédents de violences subies (sévices, abus sexuels) non exceptionnels.

La survenue de la grossesse accentue la situation de rupture. La grossesse est souvent cachée parfois découverte seulement lors de l'accouchement. À cet égard, il n'est pas rare que la grossesse reste pendant longtemps inapparente (grossesse « rentrée »)[1]. Le suivi médical est inexistant ou irrégulier (majorant les facteurs de risques). Quand elle est découverte, la grossesse peut provoquer l'exclusion familiale, scolaire, affective (perte de l'ami), accentuant la solitude de l'adolescente.

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES

Conséquences de ce qui a été décrit dans la paragraphe précédent, les adolescentes présentent souvent des traits de carence affective et de mésestime d'elles-mêmes. L'adolescente « utilise » fréquemment les relations sexuelles pour obtenir une relation de tendresse et de maternage ; en situation de rupture et d'échec scolaire, les investissements sublimatoires et idéalisés sont en général défaillants ou inexistants (défaillance de l'idéal du moi, chap. 1, La place de l'idéal du Moi à l'adolescence) ; dans ces conditions le désir de grossesse vient se substituer à l'absence de projet sublimatoire, inscrit l'adolescente dans un projet d'identification maternel et social et lui fait espérer une gratification affective (« je veux garder cet enfant parce qu'il y aura au moins quelqu'un qui m'aimera ». L'abandon de l'enfant est une possibilité rarement acceptée par l'adolescente). L'adolescente a souvent souffert de relations conflictuelles agressives avec sa propre mère ; sa grossesse lui permet de rivaliser ou de « triompher » de sa propre mère.

Au plan psychopathologique, les traits psychopathiques sont fréquents ainsi que les manifestations dépressives : 50 % environ des adolescentes enceintes présentent des symptômes dépressifs patents (J.D. Osofsky et coll., 1993). D'un point de vue psychodynamique, la survenue d'une grossesse peut être comprise comme la manifestation d'une conduite de rupture selon le sens que Laufer donne à ce terme (voir chap. 1) et d'attaque du corps. L'émergence de la sexualité dans le corps pubère est « attaquée » par la grossesse, sans sollicitude ni soucis de protection. Les fréquentes attitudes de dissimulation et surtout les conduites de risque pendant la grossesse témoignent d'un médiocre investissement du corps dans son ensemble et de la sexualité. Cette grossesse représente aussi une « attaque » du lien œdipien qu'il s'agisse du lien à la mère (moyen de rompre un lien de dépendance/soumission excessive, d'offrir à la mère un cadeau libératoire,

1. Ces faits expliquent pourquoi il n'est pas toujours possible de proposer à l'adolescente une IVG car le délai légal (12 semaines d'aménorrhée) est souvent dépassé ; l'ITG (interruption thérapeutique de grossesse) pose des problèmes médico-légaux beaucoup plus complexes.

d'affirmer agressivement une identité non reconnue) ou du lien œdipien au père en particulier quand celui-ci est très proche, autoritaire, voulant contrôler la vie relationnelle et affective de sa fille.

Cependant, si dans un premier temps la grossesse peut apparaître comme un moyen de conquête d'identité, cette maternité précoce aboutit toujours à des effets de rupture développementale : rigidification des processus identificatoires, régression notable, compulsion de répétition à travers le rejet, l'échec, la dévalorisation, etc.

DEVENIR DE L'ENFANT, INTERACTIONS MÈRE ADOLESCENTE-BÉBÉ

Pour l'enfant, toutes les enquêtes épidémiologiques et les études catamnestiques montrent que le risque est d'autant plus grand que la mère est jeune. Outre le risque de morbidité néonatale plus élevé lorsque la mère a moins de 15-16 ans, le risque psychosocial est important : enfants « délaissés », victimes de sévices, présentant des troubles du comportement (instabilité, agressivité, etc.).

Plus récemment, l'attention s'est portée sur la qualité des interactions entre une mère adolescente et son bébé. Pendant la grossesse, ces adolescentes expriment peu de préoccupations maternelles anxieuses contrairement aux autres femmes. Avec le bébé, si dans une approche superficielle ces jeunes mères apparaissent souvent habiles, une analyse plus fine révèle un manque d'investissement stable : elles se montrent moins expressives, moins positives dans leurs attitudes, ont moins de vocalises, moins de moments d'attention partagés que les mères plus âgées. Si elles ont souvent une bonne capacité à jouer avec le bébé, elles se montrent plus intrusives, moins sensibles aux besoins du bébé ; elles expriment des convictions qu'elles imposent au bébé (« il a faim », « il doit dormir »). Les enfants présentent plus souvent des comportements d'attachement anxieux ou ambivalent (R.E. Culp et coll., 1991 ; J.D. Osofsky et coll.,1993.

En conclusion, la survenue d'une grossesse chez une adolescente témoigne toujours d'une situation psychosociale fragile, majore les risques déjà présents aussi bien de marginalisation sociale que de décompensation psychique (dépression, conduite de rupture) et entrave en général le processus d'élaboration psychique de l'adolescente. L'accès à une parentalité précoce peut être pour l'adolescente un moyen de se propulser dans un statut « pseudo-adulte » : la grossesse chez une adolescente, c'est un risque d'adolescence avortée. La prise en charge est nécessairement multidisciplinaire avec un suivi médical renforcé, une aide sociale attentive et prolongée (dans l'idéal pendant plusieurs années après la naissance de l'enfant) et si possible un accompagnement psychologique ou psychothérapeutique. Cependant, la mise en place d'un suivi au long cours s'avère particulièrement difficile.

BIBLIOGRAPHIE

CHILAND C. : Homosexualité et transsexualisme. *Adolescence*, 1989, *7*, 1, 133-146.

LAGRANGE H., LHOMOND B. (eds) : *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida.* La Découverte, Paris, collection « Recherche », 1997, 1 vol.

LAUFER M. : Homosexualité à l'adolescence. *Adolescence*, 1989, *7*, 1, 19-26.

OSOFSKY J.D., EBERHART-WRIGHT A., WARE L.M., HANN D.M. : Les enfants de mères adolescentes. *Psych. Enf.*, 1993, *36*, 1, 253-287.

STOLLER J. : *Masculin ou féminin ?* PUF, Paris, 1989, 1 vol.

Numéro spécial : *Adolescence*, L'homosexualité, 2001, 19, 1.

ALBY J.M. : Contribution à l'étude du transsexualisme. Thèse dactyl., Paris, 1956. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1959, *4*, 1-2, 52-62.

BLOS P. : The adolescent passage. *Int. Univ. Press. Inc.*, New York, 1979.

BRACONNIER A., MARCELLI D. : The adolescent and his parents : the parental crisis. *J. Adol.*, 1979, *2*, 325-336.

CASTAREDE M.F. : La sexualité chez l'adolescent. *Psychiat. Enf.*, 1978, *21*, 561-638.

CULP R.E., CULP A.M., OSOFSKY J.D., OSOFSKY H.J. : Adolescent and older mothers' interaction patterns with their six-month-old infants. *J. of Adolescence*, 1991, *16*, 195-200.

DAYMAS S. : Premier amour. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, *44*, 542-555.

DAYMAS S. : Le transsexuel et le psychanalyste, In : *Corps et langage en psychanalyse*. J. Cosnier, Presses Universitaires de Lyon, 1980.

Dossier de l'Étudiant : Enquête nationale sur les lycéens en 1980.

FREUD A. : *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Traduit par D. WIDLÖCHER. Gallimard, Paris, 1968.

FREUD S. : *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Traduit par B. REVERCHON-JOUVE. Gallimard, Paris, 1962.

GUTTON PH. : *Le pubertaire*. PUF, Paris, 1991.

KERNBERG O.F. : Adolescent sexuality in the light of group processes. *Psychoanal. Quarterly*, 1980, *49*, 27-47.

KESTEMBERG E. : Notule sur la crise de l'adolescence, de la déception à la conquête. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, *44*, 523-530.

KESTEMBERG E. : *La sexualité de l'adolescent*. Communication aux Journées sur l'adolescence organisées par les XIIes Journées du Centre Alfred-Binet, Paris XIIIe.

KINSEY A.C., POMEROY W.B., MARTIN C.E. : *Sexual behaviour in the Human Male*. W.B. Saunders, Philadelphia, London, 1948.

KLEIN M. : *Essais de Psychanalyse*. Traduit par M. DERRIDA. Payot, Paris, 1972.

KRONBERG J., TYANO S., APRER A., WIJSENBECK H. : Treatment of transsexualism in adolescence. *J. Adol*., 1981, *4*, 177-185.

LAUFER M. : The body image, the function of masturbation and adolescence. *Psychanal. Study Child*, 1968, *23*, 114-137.

LAUFER M. : The central masturbation fantasy. *Psychanal. Study Child*, 1976, *31*, 297-316.

LAUFER M. : The Psychanalyst and the adolescent's sexual development. *Psychanal. Study Child*, 1981, *36*, 181-191.

Le monde de l'éducation : Les adolescents et la sexualité. 1980, 9-22.

MARCELLI D. : Narcissisme primaire et homosexualité à l'adolescence. Quelques questions sur les interactions précoces mère-enfant. *Adolescence*, 2001, 19. 1, 71-97.

OVESEY L., PERSON E. : Gender identity and sexual psychopathology in men : a psychodynamic analysis of homosexuality, transsexualism and transvestism. *J. Am. Acad. Psychoanal*., 1973, *1*, 1, 53-72.

SAFOUAN M. : *La sexualité féminine dans la doctrine freudienne*. Seuil, Paris, 1976.

SCHILDER P. : *The image and appearance of the human body*. P. Kegan, Int. Univ., London, New York, 1955.

SIMON P. : *Le comportement sexuel des Français*. Julliard, Paris, 1972.

STOLLER R.Y. : *Recherche sur l'identité sexuelle*. Gallimard, Paris, 1978.

STOLLER J. : *L'imagination érotique telle qu'on l'observe.* PUF, Paris, 1989, 1 vol.

8 ÉTATS ANXIEUX ET NÉVROSE : CRITIQUE DES CONCEPTS

Le cadre nosographique des névroses est actuellement en plein remaniement. Le fait n'est pas récent. L'idée d'un dysfonctionnement global, responsable de troubles protéiformes, remonte au XVIIe siècle avec les travaux de Willis puis de Sydenham. L'émergence du concept global de maladie nerveuse ou névrose marque aussi dans l'histoire des névroses le début d'une longue période de confusion théorique et nosologique… Si les classifications internationales les plus récentes, soutenues par le perfectionnement des instruments cliniques d'évaluation et surtout des neurosciences, font éclater le cadre nosographique des névroses établies essentiellement par P. Janet et S. Freud, l'hypothèse, de plus en plus soutenue, d'une diathèse unique, anxiodépressive ou d'une fréquente comorbidité, chez un même patient, des syndromes ainsi isolés, montre bien que dans ce domaine l'éternel retour du concept de « maladies nerveuses » s'émancipe facilement des théories qui tentent de le justifier.

Plus que tout autre, la clinique des névroses de l'adolescence rend difficile de s'en tenir à une conception purement fonctionnaliste du psychisme et à faire l'impasse d'une analyse psychopathologique globale. Juxtaposer les ensembles complémentaires, les fonctions, comme autrefois les facultés mentales, s'accorde parfois difficilement à l'expérience clinique quotidienne.

Nous avons cependant voulu respecter les deux grandes tendances de la psychiatrie actuelle : la nosographie comportementale des classifications contemporaines et les grandes synthèses psychodynamiques confondant souvent l'histoire des névroses à celle de la psychanalyse.

L'ANGOISSE

Il est exceptionnel que, au travers du processus de l'adolescence, l'individu ne soit pas confronté à l'émergence de l'angoisse. Cette angoisse, surgie de manière tantôt soudaine, tantôt progressive, envahit totalement le sujet ou se limite à un sentiment de malaise vague et diffus, dure de longues semaines, ou au contraire passe en quelques heures. Mais, quels que soient son début d'apparition, son intensité, sa durée, l'angoisse est un affect de base rarement ignoré de l'adolescent.

Certes, dans beaucoup de cas la crise d'angoisse reste limitée, mais fréquemment cette crise constitue la porte d'entrée dans l'une ou l'autre des conduites symptomatiques durables. À proprement parler l'angoisse ne constitue pas une conduite mentalisée en tant que système particulier d'opération psychique (qu'il s'agisse d'une séquence fantasmatique, d'un mécanisme de défense ou des deux). Toutefois, comme elle représente presque toujours la situation préalable à l'entrée dans une pathologie franche, et que la fonction essentielle des systèmes de conduites mentalisées est précisément l'élaboration de cette angoisse, il nous paraît utile de la définir brièvement.

On peut distinguer trois étapes dans le développement de l'angoisse : 1) l'excitation somatique diffuse qui se caractérise par un riche cortège de manifestations physiques ; 2) l'angoisse psychique envahissante marquée par une crainte extrême envahissant la psyché et dont les phobies archaïques constituent un exemple ; 3) l'angoisse, signal-symptôme où le moi suscite l'angoisse face à un danger potentiel (seconde théorie de l'angoisse de Freud). Chez l'adolescent, on peut retrouver ces trois paliers d'angoisse.

Avant d'aller plus loin, il est également nécessaire de distinguer, à propos des transformations de l'angoisse à l'adolescence, deux plans d'observations :

– le premier concerne les différents types d'anxiété qui peuvent se succéder au cours d'un processus psychopathologique débutant : anxiété généralisée anticipatoire, crise d'angoisse, phobie, hypocondrie, etc. ;

– le second porte sur les transformations de l'angoisse infantile reconstruite dans l'histoire d'un adolescent manifestant pour la première fois cliniquement un ou plusieurs états anxieux aigus évoqués précédemment.

ÉTUDE CLINIQUE

Beaucoup pensent encore qu'on ne peut pas parler chez l'adolescent de troubles anxieux bien fixés et bien catégorisables. Ils préfèrent encore parler d'anxiété à l'adolescence en général, ou penchent plus volontiers vers le fait qu'à cet âge de la vie, si l'on veut se référer aux classifications diagnostiques récentes, on devra parler de « troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse ou anxiodépressive ».

On dispose maintenant de données épidémiologiques qui reprennent chez l'adolescent les critères diagnostiques utilisés pour les troubles de l'enfant, ou pour ceux de l'adulte. Les troubles décrits chez l'enfant : « angoisse de séparation », « hyperanxiété », ou « évitement », « inquiétude dans toutes les relations sociales », ont chez l'adolescent une prévalence moyenne de 8 %. Ils correspondent à l'anxiété généralisée, ou aux différents troubles phobiques de l'adulte. Les troubles décrits chez l'adulte : « troubles phobiques et obsessionnels », « anxiété généralisée », « troubles paniques », ont également chez l'adolescent une prévalence de l'ordre de 8 %. Ces chiffres sont donc relativement élevés et constants. Il faut noter, de plus, que la plupart des troubles observés chez l'adulte ont débuté au cours de l'adolescence, très souvent sous forme infraclinique.

Continuité de l'enfance à l'âge adulte. — L'évolution de l'enfance à l'âge adulte des troubles catégorisés par les classifications actuelles est mal connue. Les études rétrospectives concernent essentiellement les adultes. En 1972, K. Abe avait mis en correspondance une corrélation entre la présence de symptômes anxieux chez l'adulte et une forte anxiété pathologique dans leur enfance en interrogeant 243 femmes sur leurs symptômes anxieux et leurs peurs actuelles, ainsi que leur mère sur la prévalence de ces mêmes troubles dans l'enfance de ces patientes. D'autres auteurs (B.A. Thyer et coll., 1985) concluent au fait que seuls 20 % des adultes présentant un trouble anxieux généralisé signalaient un début de ce trouble dans l'enfance ou l'adolescence sous la forme d'une hyperanxiété. Les études prospectives s'appuyant sur des échantillons homogènes suivis pendant une durée suffisante sont encore très peu nombreuses. L'étude de C.G. Last et coll. (1992), porte sur une cohorte d'enfants, âgés de cinq à dix-sept ans, consultant pour des troubles anxieux, suivis de trois à cinq ans avec une évaluation tous les ans. Par ce type de suivi les analyses actuelles suggèrent que la plupart des troubles anxieux ne se maintiennent pas tels quels au cours du développement. En outre, selon ces auteurs, les enfants et les adolescents présentant un trouble anxieux n'ont pas de risques accrus pour des troubles dépressifs.

Trois manifestations pouvant se rattacher à l'anxiété semblent toutefois présenter une certaine continuité de l'enfance à l'âge adulte :

– les phobies simples particulières (phobie du sang, phobie des blessures corporelles) qui seraient retrouvées inchangées à l'adolescence et à l'âge adulte (I. Marks, 1988) ;

– l'inhibition anxieuse qui montrerait une assez grande continuité de l'enfance à l'adolescence (étude de J. Kagan, 1994) ;

– l'anxiété de séparation dont les symptômes varient avec l'âge (G. Francis, 1987) mais qui pour un certain nombre d'enfants se poursuivrait à l'adolescence, en particulier sous la forme de phobie scolaire, puis à l'âge adulte sous celle de « troubles paniques ».

Les troubles paniques. — Compte tenu de l'intérêt porté à la recherche de ce trouble chez l'adulte, un nombre assez important d'études y ont été consacrées chez l'enfant et chez l'adolescent. D. Moreau et M. Weissman (1992) ont collecté 63 articles sur ce thème. Ces articles incluent des études rétrospectives d'adultes présentant ce trouble, des rapports cliniques sur des enfants ou des adolescents manifestant également ces difficultés, des études d'enfants et d'adolescents consultant en psychiatrie, des études épidémiologiques de population générale, des études familiales et enfin des études de traitements chimiothérapiques. En conclusion, ces auteurs considèrent que ce trouble survient très probablement dès l'enfance, mais surtout à l'adolescence, et que sa présentation clinique est similaire à celle observée chez les adultes. Ils concluent au fait que beaucoup d'enfants et d'adolescents consultant pour des symptômes physiques, présentent ce trouble non identifié comme tel. D'autres études ont également étudié l'âge de survenu du premier accès de ce trouble, elles s'accordent toutes maintenant pour confirmer que l'adolescence représente l'âge préférentiel de survenue du « Trouble Panique ».

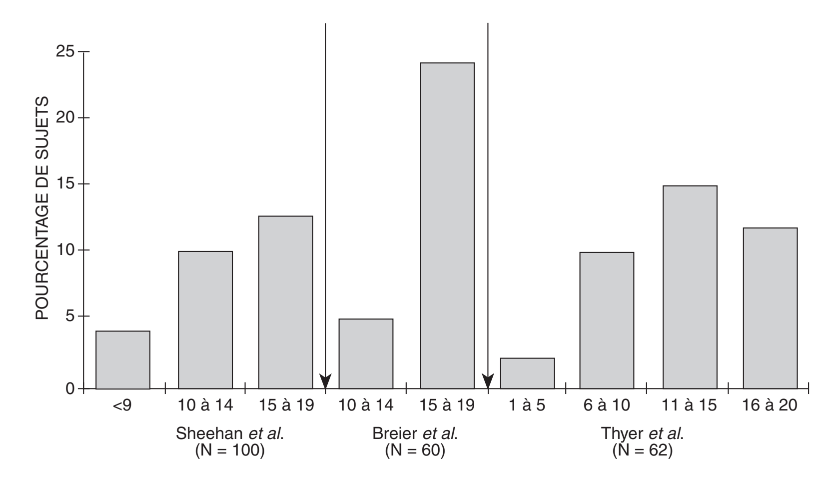


FIG. 8-1. *Âge de l'attaque.*
Âge de survenue du trouble panique.

Il semble même exister une corrélation avec les stades pubertaires (stades de Tanner) dont le déroulement produirait aussi la survenue des attaques de panique chez les jeunes adolescentes. À chaque étape de la puberté, C. Hayward et coll. (1992) retrouvent un taux progressivement croissant d'attaques de panique. Ces auteurs en ont conclu qu'il pourrait exister un lien entre la puberté et la survenue ou l'étiologie des attaques de panique.

Les phobies sociales. — Comme pour le trouble panique, le début de ces troubles paraît lié à l'adolescence mais à un âge légèrement plus tardif (entre 15 et 20 ans). La prévalence moyenne sur la vie serait de 7,1 % si l'on se réfère aux critères du DSM-III-R. Ce trouble pose deux problèmes spécifiques : la chronicité de son évolution, ceci contrairement aux troubles paniques et même à la dépression, et surtout l'importance des conséquences sociales dues aux comportements d'évitement engendrés par cette pathologie. De notre point de vue certains échecs scolaires, ruptures de scolarité ou même phobies scolaires, seraient attribuables à ce trouble généralement non diagnostiqué comme tel à l'adolescence (voir chap. 17, Phobies scolaires).

Particularités générales de l'expression anxieuse à l'adolescence. — Certes on peut rencontrer, comme nous l'avons vu, des tableaux analogues à ceux de l'adulte ou de l'enfant. Toutefois, l'expression corporelle de l'anxiété paraît très spécifique de l'adolescent. Celui-ci ne viendra pas consulter en disant « je suis anxieux » mais plutôt en exprimant une plainte somatique banale sans substratum physique. C'est un moyen pour l'adolescent de demander quelque chose, de faire un signe, d'émettre un appel, beaucoup plus tolérable que l'expression d'une anxiété à travers laquelle il reconnaîtrait sa dépendance alors que précisément la problématique d'autonomie domine l'organisation psychodynamique. Les plaintes somatiques sont toutes celles que l'on relève dans les états d'anxiété : palpitations, céphalées, vertiges, nausées, etc. rapportées aux médecins généralistes (voir ci-dessous), certains ont même été jusqu'à décrire les « bouffées hypochondriaques aiguës », craintes envahissantes ou paroxystiques (R. Eblinger et J.P. Sichel, 1971).

Une autre particularité de l'angoisse de l'adolescence, en particulier des phobies, est de se manifester sous la forme de phobies scolaires (celles-ci sont traitées chap. 17, Phobies scolaires).

L'expérience clinique, confirmée par les études faites sur ce sujet, montre que les troubles anxieux, tels qu'ils sont catégorisés actuellement, peuvent s'associer à des degrés divers chez un même sujet.

Enfin, citons ici **le syndrome de menace dépressive** (A. Braconnier, 1991). Ce syndrome, fréquemment rencontré à l'adolescence, se manifeste par une apparition plus ou moins brutale d'une appréhension, ou même d'une terreur intense de se sentir envahi par la tristesse, le cafard et les idées suicidaires. La perturbation prédominante de ce trouble est une anxiété aiguë ou subaiguë dont la caractéristique essentielle est la crainte non pas d'un objet, d'une situation ou d'activités spécifiques mais la crainte de se sentir envahi par un affect dépressif dont certains éléments peuvent surgir par moment mais ne persistent jamais plus de quelques minutes à quelques heures. Les symptômes les plus souvent ressentis sont un sentiment de tension psychique et physique accompagné, de façon variée, de troubles neurovégétatifs habituellement ressentis dans les états anxieux aigus : dyspnée, palpitations, douleurs ou gênes thoraci-

ques ou abdominales, sensations d'étouffement, impression d'évanouissement, etc. À ces symptômes s'associent fréquemment d'autres manifestations caractéristiques : irritabilité, insomnies d'endormissement et cauchemars nocturnes. Cet état aigu ou subaigu n'est ni purement anxieux ni surtout déjà franchement dépressif. D'un point de vue psychopathologique cette menace dépressive est toujours liée à deux facteurs associés : les représentations angoissantes, douloureuses et conflictuelles d'une séparation d'avec les objets parentaux et les représentations qui peuvent tout autant être angoissantes, douloureuses et conflictuelles d'un lien sexuel, et le plus souvent de nos jours érotique, avec un nouvel objet d'amour. Ce syndrome se caractérise donc par la conflictualité de deux modes de relation objectale portant l'une sur l'objet à perdre et l'autre sur l'objet à investir. Il faut signaler ici que cette menace dépressive peut être vécue par certains adolescents comme tellement insupportable qu'aucune autre transformation de l'objet d'amour n'est possible et qu'une dépression proprement dite peut alors s'organiser.

Évolution de la pathologie anxieuse de l'adolescent. — L'évolution des « Troubles Anxieux » de l'adolescence est de mieux en mieux connue. De plus en plus de recherches vont dans le sens que la survenue d'un « Trouble Anxieux » (ou dépressif) à l'adolescence constitue un risque important de nouvelles manifestations du même type à l'âge adulte (tout particulièrement pour les Troubles paniques) ou de troubles différents, trouble de la personnalité évitante, ou dépression (D. Pine et coll. 1998). D'autres pensent encore que la pathologie anxieuse à l'adolescence est étroitement intriquée avec le processus même de l'adolescence et qu'il est difficile de prévoir son évolution, surtout si un traitement approprié est entrepris. Que ce soit donc à court ou à long terme, le propre de la pathologie anxieuse, même dans ses formes sémiologiques déjà caractéristiques, est de se transformer. Ces transformations sont multiples ; elles peuvent aller d'une franche amélioration à des conduites devenant autonomes par rapport à l'angoisse initiale, comme les comportements addictifs, ou plus classiquement les différents types de conduite névrotique.

ABORD PSYCHOPATHOLOGIQUE

Dans la compréhension psychopathologique de l'angoisse à l'adolescence il est possible de reprendre les deux grandes théories de l'angoisse avancées par Freud. Rappelons brièvement que, dans ce qu'on appelle la première théorie de l'angoisse (1905 : *Trois essais sur la théorie de la sexualité*), Freud donne de l'angoisse l'explication suivante : la libido se change en angoisse au moment où elle ne peut atteindre son objet de satisfaction ; ceci s'observe en particulier lorsque l'objet vers lequel est dirigée la motion pulsionnelle vient à manquer. La pulsion libre d'objet produit l'angoisse qui, secondairement entraîne le

refoulement. Dans la seconde théorie (1926 : *Inhibition*, *Symptôme et Angoisse*), l'angoisse ne provient plus d'une cause externe (l'absence de l'objet de la pulsion), mais d'une origine interne : l'angoisse est produite par le moi du sujet, sa fonction essentielle est de servir de signal de danger. Dans cette seconde théorie, « c'est l'angoisse qui produit le refoulement ».

Dans le cas de l'adolescence, ces deux théories peuvent trouver des échos dans certaines situations cliniques. Au préalable il convient de noter que Freud n'aborde le problème de la genèse du moi et de la genèse de l'angoisse que de manière indirecte, par l'intermédiaire des « traces mnésiques » dont la première serait l'angoisse de la naissance. En effet, on ne peut comprendre la seconde théorie de l'angoisse que si le moi du sujet est suffisamment cohérent et organisé pour percevoir le risque de danger (réel ou fantasmatique), et si on avance l'hypothèse que le moi conserve des traces ontogénétiques ou phylogénétiques des premières situations d'angoisse.

À l'adolescence, les modifications aussi bien somatiques pubertaires que psychiques pulsionnelles seront à l'origine d'une production d'angoisse dont la qualité dépend en grande partie de la capacité d'élaboration du Moi. Dans certains cas, il semble que le bouleversement de l'adolescence réalise un véritable traumatisme externe Ce traumatisme met en péril les divers objets d'investissement de l'adolescent, qu'il s'agisse des objets internes ou externes. L'adolescent se retrouve face à des pulsions libidinales et agressives, sans objet d'investissement, pulsions qui menacent alors la cohérence même de sa personnalité. Les crises d'angoisse accompagnées de phénomènes transitoires de déréalisation ou de dépersonnalisation apparaissent ainsi comme des pertes temporaires des limites internes et externes dues en partie à l'irruption traumatique de pulsions ressenties par l'adolescent comme étrangères. Dans ce cas, un premier mécanisme de contention de l'angoisse ou de limitation de la pulsion est constitué par le mécanisme projectif : la pulsion est projetée dans une partie du corps qui devient alors étranger et menaçant : c'est l'un des mécanismes de la plainte hypocondriaque.

Toutefois, pour beaucoup d'adolescents, l'émergence soudaine de la pulsion sexuelle réactive la crainte de la menace de castration et le sentiment de culpabilité en même temps que les pratiques masturbatoires nouvelles et l'obtention de l'orgasme viennent focaliser sur la zone génitale les diverses pulsions. La crise d'angoisse apparaît alors comme une manœuvre du moi destinée à signaler le danger interne sans s'accompagner des sentiments de déréalisation et de dépersonnalisation cités plus haut. Contre ce danger le moi utilise alors les défenses psychiques les plus diverses comme le montre A. Freud (*cf.* chap. 8, L'intellectualisation).

L'hypocondrie enfin apparaît comme un symptôme charnière où « l'angoisse et les mécanismes de défense mis en œuvre pour l'endiguer trouvent à se localiser dans une lutte contre la dépersonnalisation » (R. Ebtinger et J.P. Sichel, 1971). L'hypocondrie peut être comprise comme la projection dans une partie du corps, soit des mauvais objets et des mauvaises parties du

soi, soit des pulsions agressives et destructrices. L'utilisation prévalente des mécanismes projectifs se laisse entrevoir grâce à l'association fréquente avec des positions persécutives de type paranoïde.

Cependant, le symptôme hypocondriaque ne répond pas toujours à des mécanismes de type archaïque. Dans certains cas, les facteurs environnementaux, qu'ils soient familiaux, socio-économiques ou culturels, semblent prévalents (*cf.* p. 447) : ils provoquent une incitation et une sorte d'apprentissage pour utiliser le corps comme moyen d'expression des émotions et des affects.

Au total, on pourrait dire que, dans l'hypocondrie, le corps semble être le simple vecteur de la souffrance psychique, alors que dans l'hystérie il est le représentant symbolique d'un conflit.

ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE

Il y a des erreurs à éviter : la première serait de ne pas prendre en considération l'anxiété « pathologique » des adolescents et de minimiser systématiquement le trouble somatique sous prétexte qu'il n'a pas de support organique. Une autre erreur serait de ne tenir compte que du symptôme en lui accordant une place primordiale sans chercher à élargir l'exploration à l'ensemble de la personnalité et des problèmes psychiques. L'adolescent accepte beaucoup plus qu'on ne le croit un tel élargissement de l'exploration, opportunité possible tout autant au médecin généraliste qu'au psychologue ou psychiatre.

Dans les troubles anxieux manifestes (attaques de panique, anxiété généralisée, agoraphobie, etc.), l'écoute et la consultation thérapeutique (voir p. 614) représentent la principale approche thérapeutique. La prescription d'anxiolytiques et surtout d'antidépresseurs s'avère parfois nécessaire à condition que cette prescription soit particulièrement bien suivie, limitée dans sa durée et envisagée de façon variable en fonction de l'évolution. À cet âge, elle doit rester intermittente même si, en cas de rechute, elle doit être reprise. Si les troubles tendent à se fixer ou revêtir une sévérité plus grande, l'indication d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique doit être posée. De plus en plus, à cette indication pour l'adolescent doit être joint un accompagnement de soutien, de compréhension et de confrontation avec les parents, si possible le père et la mère.

LES CONDUITES NÉVROTIQUES

L'angoisse ne peut se résumer aux « Troubles anxieux » proprement dits, ni même aux « Troubles phobiques » les plus caractéristiques dans lesquels elle est, de toute évidence, aux premiers plans sémiologiques. Les différents types de conduite que nous allons voir représentent des modalités sémiologiques et psychopathologiques individualisables mais dans lesquelles l'angoisse constitue une composante explicite ou implicite majeure.

LES EXPRESSIONS NÉVROTIQUES CARACTÉRISTIQUES DE L'ADOLESCENCE

Les conduites phobiques. — Seules seront étudiées ici les dysmorphophobies. Les phobies scolaires sont traitées au chapitre 17.

Les dysmorphophobies, conduites particulièrement fréquentes, s'observent dans les deux sexes et sont étroitement liées aux transformations pubertaires. Kraeplin a forgé ce mot pour désigner « les préoccupations anormales concernant l'esthétique du corps ». Il s'agit pour cet auteur d'un phénomène obsessionnel non délirant. Janet de son côté définit la dysmorphophobie comme la « honte de son propre corps ». Les auteurs anglo-saxons (W.A. Schönfeld) font plutôt référence aux « perturbations de l'image corporelle » pour désigner des conduites proches des dysmorphophobies : ce sont les inquiétudes concernant la morphologie de l'ensemble ou d'un segment particulier du corps.

Au sens strict, les dysmorphophobies ne semblent pas être de vraies phobies (dominées par la peur de l'objet ou de la situation phobogène), mais se rapprochent plutôt des idées obsédantes. S'il y a une peur, c'est celle du rejet social. Cette double dimension situe d'emblée la place particulière des dysmorphophohies marquant, d'un côté le rapport de l'adolescent avec son corps propre, et de l'autre, l'engagement de ce corps dans le groupe social, c'est-à-dire le « corps social ».

Les premières dysmorphophobies apparaissent vers l'âge de 12 ans. Les préoccupations corporelles s'estompent après 18-20 ans. Dans tous les cas il importe de souligner que le segment corporel ou l'organe incriminé par l'adolescent présente une morphologie normale, ou à tout le moins, une déviance minime, sans rapport avec l'intensité des préoccupations. Nous mettrons un peu à part, car de significations plus complexes, les préoccupations liées aux particularités raciales (couleur de la peau, aspect crépu des cheveux) : le contexte socioculturel constitue un facteur important dans le déterminisme de ces préoccupations. Il en va de même quand les parents de l'adolescent sont d'ethnies différentes : dans ce cas les préoccupations morphologiques illustrent la quête d'identité de l'adolescent avec la recherche ou le rejet des caractéristiques attribuées à l'une ou l'autre des lignées parentales.

Description clinique. — Toutes les parties du corps peuvent être invoquées. Dans certains cas l'adolescent paraît préoccupé par la silhouette ou une partie de la silhouette (poids, taille, fesses, ventre, etc.). Dans d'autres cas, c'est un point précis du corps (pied, main) et tout particulièrement le visage dont chaque organe peut être l'objet d'une crainte dysmorphophobique. Tous les organes liés aux caractères sexuels sont évidemment surinvestis (pénis, sein, pilosité).

Nous énumérerons brièvement :

— Les préoccupations excessives sur la silhouette :

– *Obésité :* la discrète et relative obésité physiologique prépubertaire sert parfois d'ancrage à cette crainte en particulier chez la fille. À l'évidence l'anorexie mentale en représente la caricature (*cf.* chap. 6, L'anorexie mentale). Parfois seule une partie du corps est mise en cause : gros ventre, grosses cuisses, grosses fesses, gros bras.

– *Maigreur :* cette crainte paraît plus spécifique des garçons qui ne se trouvent pas assez « fort », s'estiment « maigrichon, l'air affamé ». Cette crainte peut induire des comportements boulimiques.

– *Taille :* qu'elle soit jugée trop grande ou trop petite, la taille qui s'écarte un peu de la moyenne est rapidement mal tolérée. Ceci est vrai surtout pour la petite taille qui, lorsqu'elle s'accompagne d'un sentiment d'infériorité, peut pousser l'adolescent à accomplir des actes compensatoires ou à adopter des attitudes de prestance réactionnelle (en particulier conduite délinquante : S. Tomkiewick, 1967).

– *Grosses fesses*, *gros ventre*, *grosses cuisses :* fréquentes et alimentées par les mauvaises plaisanteries du groupe (gros cul, boudin, etc.), ces craintes sont renforcées par le stéréotype social actuel qui privilégie le morphotype longiligne. Les contraintes vestimentaires (blues jeans) les accentuent : certains adolescents en arrivent à adopter des styles vestimentaires dans le seul but de masquer cette dysmorphophobie.

— Les préoccupations excessives sur une partie du corps. — *Les pieds sont parfois l'objet de crainte : trop grands ou trop petits, trop larges, mal formés. Les filles trouvent volontiers leurs pieds trop grands et inversement les garçons choisissent des chaussures dont la pointure est largement au-delà du besoin.*

Le visage et la tête sont bien évidemment le siège des préoccupations les plus fréquentes et les plus importantes. Toutes les parties peuvent être incriminées : les oreilles, le nez, les lèvres, la bouche, les yeux, les cheveux, les dents, etc. Trop gros, trop petit, mal formé, mal implanté, sont les plaintes habituelles.

L'acné juvénile est l'objet, surtout chez les filles, de nombreuses préoccupations, associé à un intense sentiment de dévalorisation.

La peur de rougir (érythrophobie), crainte plus classique, ne fait pas partie à proprement parler des dysmorphophobies. Néanmoins, en raison de sa fréquence à l'adolescence et de son lien évident avec l'image du corps, nous l'inclurons ici. L'érythrophobie peut être provoquée soit par l'extérieur, une remarque anodine d'un tiers à travers laquelle l'adolescent s'estime visé, un regard à peine appuyé, soit par un mouvement interne : crainte de laisser découvrir une impulsion ou un désir sexuel, une pensée, etc. Un sentiment de

honte s'y associe, sentiment qui peut susciter chez l'adolescent une inhibition plus ou moins grave (*cf.* chap. 8, L'inhibition).

— LES PRÉOCCUPATIONS EXCESSIVES À PROPOS DES CARACTÈRES SEXUELS :

– *La pilosité :* poils pubiens, poils axillaires, pilosité faciale et sur le reste du corps. L'apparition de la pilosité pubienne, et à un moindre degré axillaire, est guettée parfois avec anxiété chez le garçon comme chez la fille. Tout retard d'apparition peut être l'objet de crainte. Chez le garçon, la peur du visage glabre ou chez la fille, celle de l'hirsutisme conduisent à de longues séances d'observation, et à utiliser le rasoir, soit pour stimuler la pousse, soit pour couper des poils imaginaires.

– *La poitrine :* préoccupation fondamentale chez la fille, la poussée mammaire signe l'entrée dans la puberté et authentifie la transformation corporelle : les seins sont trop petits, trop gros, mal formés, l'aréole est trop large ou trop foncée, le mamelon imparfait… Chez le garçon, une discrète gynécomastie peut focaliser la crainte « d'avoir des seins » et mobiliser toutes les incertitudes sur l'identité sexuelle (*cf.* chap. 7).

– *Les organes génitaux* eux-mêmes sont l'objet fréquent de crainte, en particulier chez le garçon : la peau ridée du scrotum, l'asymétrie de la descente des testicules, la taille de la verge, la forme du prépuce, la qualité de l'érection peuvent focaliser des craintes sur la possibilité d'avoir une sexualité dite « normale ». Chez la fille, les craintes ne portent pas tant sur la forme (il ne s'agit donc pas de dysmorphophobie au sens propre) que sur la signification de la menstruation, et surtout sur la capacité d'avoir des enfants.

– *La mue de la voix* enfin provoque, surtout chez le garçon, des craintes largement renforcées par les réactions du groupe des pairs lors des changements involontaires du registre de la voix.

Signification psychopathologique. — Les dysmorphophobies résultent de la confluence de plusieurs sources. W.A. Schönfeld distingue quatre facteurs : 1) la perception subjective de la transformation corporelle ; 2) des facteurs psychologiques internalisés où les « préoccupations » concernant le développement physique ne sont qu'une rationalisation et une projection d'une frustration affective plus fondamentale ; 3) les facteurs sociologiques ; 4) l'attitude dérivée de l'observation des autres.

De leur côté S. Tomkiewicz et J. Finder (1967) décrivent trois sources essentielles aux dysmorphophobies : 1) Une source biologique dominée par la perception subjective des modifications corporelles. Selon ces auteurs « on pourrait dire que les conditions biologiques rendent la dysmorphophobie inévitable à la période d'adolescence ». 2) Une source affective qui elle-même a plusieurs origines. Tout d'abord l'établissement progressif de l'identité sexuelle pousse l'adolescent à se préoccuper de toutes les modifications

corporelles spécifiques d'un sexe. Tantôt il trouve que ses caractères sexuels secondaires sont trop marqués, tantôt il les trouve insuffisamment développés, mais une période de doute et de flottement est quasi constante. Outre l'axe de l'identité sexuelle, une autre source affective s'observe souvent à travers les fréquentes perturbations familiales : père occupant une place médiocre et dévalorisée auquel le garçon ne peut s'identifier de façon satisfaisante, mais surtout attitude particulière de la mère. En effet, le comportement de la mère peut renforcer les craintes de l'adolescent(e) : tantôt la mère rejette de manière franche et explicite la transformation pubertaire, déclarant ouvertement que l'adolescent est maintenant laid, difforme, disgracieux, tantôt la mère développe des craintes exagérées, surtout sur la virilité du garçon, n'offrant à ce dernier qu'une identité négative par rapport à un père dévalorisé (il devient comme son père…). 3) Une source sociale enfin sans laquelle la dysmorphophobie ne peut se comprendre : « ce n'est pas seulement un trouble de la relation avec soi-même, mais aussi une forme de perturbation des relations avec autrui » (S. Tomkiewicz et J. Finder). Le groupe des pairs, son avis, son acceptation ou son rejet (réel ou imaginaire) sont à la base de sentiment d'anxiété, d'infériorité. L'extrême dépendance de l'adolescent au groupe de ses pairs trouve, à travers les dysmorphophobies, son expression caricaturale.

Dans une perspective où l'axe de compréhension environnementale et sociologique est secondaire par rapport à l'axe psychodynamique, R. Canestrari (1980) distingue deux grandes catégories de dysmorphophobies en fonction de leur évolution avec l'âge de l'adolescent. Certaines dysmorphophobies correspondent étroitement aux changements du corps dans un lien temporel (croissance somatique, musculaire, mue de la voix, acné) : ces préoccupations renvoient à l'évidence au problème de l'image du corps. Selon R. Canestrari, elles seraient plus fréquentes chez le garçon. Les autres dysmorphophobies sont indépendantes des transformations corporelles elles-mêmes (forme du nez, couleur des yeux, peur de rougir, peur de perdre les cheveux) ; elles s'observent chez l'adolescent un peu plus âgé (15-16 ans) et seraient plus fréquentes chez les filles, à l'exception de la crainte de perdre les cheveux. Ces préoccupations sans substrat physique réel « doivent être considérées comme une symbolisation par l'intermédiaire du corps, du conflit clé de l'adolescence », en particulier les conflits liés à la séparation-individuation et à la perte des objets infantiles.

Les craintes liées à la morphologie corporelle représenteraient une tentative thérapeutique naturelle consistant à utiliser le corps propre comme objet extérieur d'amour et de haine dans l'attente d'une substitution adéquate lors de l'investissement secondaire d'un objet externe. Les dysmorphophohies constitueraient donc des objets relais, transitionnels, sur lesquels se focalisent les pulsions libidinales ou agressives au moment de la rupture, normale à l'adolescence, de l'équilibre entre les investissements d'objets et les investissements narcissiques.

L'intellectualisation. — Les processus mentaux ont pour rôle essentiel de faire face au conflit adaptatif entre les exigences pulsionnelles d'un côté et l'environnement de l'autre. En d'autres termes, les processus mentaux représentent une grande partie de l'activité du moi. Le moi de l'adolescent est confronté à l'augmentation quantitative des pulsions libidinales et agressives alors même que, selon A. Freud, ce moi est devenu maintenant beaucoup plus solide, consolidé, voire même rigide, que le moi infantile.

Une des fonctions du moi est d'éviter le changement, de parer à cette exacerbation pulsionnelle pour retrouver la relative tranquillité de la période de latence. Aussi toutes les fonctions défensives du moi vont-elles s'intensifier : « dans la lutte qu'il soutient ainsi pour éviter que son existence ne change, le moi se sert indifféremment de tous les procédés défensifs qu'il a déjà utilisés dans l'enfance et au cours de la période de latence. Il refoule, déplace, nie, inverse, retourne les pulsions contre le sujet lui-même, crée des phobies, des symptômes hystériques, enfin mate l'angoisse par des pensées et des actes compulsionnels. » Les perturbations des conduites mentalisées traduisent selon A. Freud « le renforcement des défenses, c'est-à-dire des victoires partielles du moi ». Elles s'opposent en cela à l'apparition de conduites agies ou corporelles qui reflètent, toujours selon A. Freud, des victoires partielles du ça.

Dans le premier cas, le moi de l'adolescent lutte contre les exigences pulsionnelles non seulement en renforçant ses contre-investissements, ses mécanismes de défenses, ce qui par conséquent risque d'accroître les symptômes, mais aussi au prix d'une rigidité accrue de son fonctionnement propre aboutissant à ce que Freud a appelé « l'adolescent intransigeant ». Il importe de comprendre que cette rigidité ne correspond pas à ce qu'on nomme « force du moi ». Bien au contraire, le moi de l'adolescent sera d'autant plus rigide, inflexible, qu'il se sent menacé de défaillance. En ce sens la notion de « force du moi » ne doit pas être confondue avec la rigidité des conduites, tout comme elle ne doit pas être assimilée à une plasticité trompeuse (adaptation conformiste en surface, *cf.* chap. 7, Le choix d'objet sexuel).

Outre les défenses habituelles que sont le refoulement, le déplacement, le déni, etc. A. Freud décrit deux mécanismes de défense plus spécifiques utilisés à cette période par le moi de l'adolescent : l'ascétisme et l'intellectualisation. *L'ascétisme* est une défense dirigée contre les pulsions et les exigences instinctuelles avec une tentative pour les maîtriser. Sa traduction clinique la plus typique se focalise autour du corps et devient caricaturale dans le cas de l'anorexie mentale (*cf.* chap. 6, L'anorexie mentale). *L'intellectualisation* va de pair avec l'accession à la pensée formelle au sens piagétien, au plaisir pris par l'adolescent à manier des abstractions et à ne plus penser uniquement sur les catégories du réel. L'intellectualisation rend compte de l'ouverture psychique nouvelle sur les catégories du possible. L'adolescent tend « à transformer en pensée abstraite ce qu'il ressent ». Il s'agit là encore d'une tentative de maîtrise des pulsions, mais en quelque sorte par des voies détournées en surinvestissant les processus mentaux. Si le versant positif d'une telle

opération défensive est de stimuler l'intelligence, son versant négatif s'observe dans les multiples productions symptomatiques de type névrotique.

L'inhibition. — L'inhibition est le dernier type de conduite envisagée dans ce paragraphe et fréquemment rencontrée chez l'adolescent. Il est toujours difficile de décrire l'inhibition puisque, par définition, elle ne fait pas parler d'elle. Peu d'adolescents et/ou de familles consultent spontanément pour cette conduite, sauf lorsqu'elle envahit le fonctionnement psychique lui-même et provoque un échec scolaire. Par souci de clarté, nous distinguerons trois secteurs où l'inhibition peut siéger : 1) l'inhibition intellectuelle qui porte essentiellement sur l'activité cognitive, qu'on pourrait appeler la « bêtise névrotique » ; 2) l'inhibition à fantasmer où le conformisme est une conduite clinique fréquemment retrouvée ; 3) enfin l'inhibition relationnelle ou timidité. À l'évidence, ces trois secteurs peuvent s'associer, mais il est parfois possible en clinique de les observer séparément.

Dans la majorité des cas, les conduites d'inhibition à l'adolescence ne font que prolonger des conduites identiques dans l'enfance. Parfois elles semblent apparaître à la préadolescence, vers 10-12 ans. Dans quelques cas toutefois l'apparition de l'inhibition semble contemporaine de l'apparition des premiers signes pubertaires, vers 13-14 ans. Lorsque l'inhibition est ancienne on observe en général son renforcement lors de l'adolescence.

Description clinique

L'inhibition intellectuelle. — Elle se traduit par la difficulté ressentie devant le travail scolaire ou universitaire ; elle entraîne parfois un échec relatif dans la poursuite des études, échec qui se marque essentiellement par l'incapacité de l'adolescent à poursuivre l'orientation qu'il avait préalablement choisie ou investie. Il est aisé de voir à travers cette inhibition la difficulté qu'éprouve l'adolescent d'être en situation de rivalité, de compétition avec l'un ou les parents ou de dépasser le niveau scolaire qu'avaient atteint ces derniers.

On distingue assez facilement l'inhibition intellectuelle du désinvestissement scolaire. En effet l'inhibition dans sa forme la plus pure s'accompagne d'un désir persistant de poursuivre des études, d'effectuer le travail scolaire, mais l'adolescent s'en estime incapable. Dans certains cas, cela peut même conduire à un travail acharné, sans résultat. Toutefois, l'inhibition persistante peut susciter des comportements de rejet ou d'évitement à l'égard des investissements intellectuels : l'adolescent affiche soudain un refus, un désinvestissement ou un mépris apparent pour ses études, conduite dont la fonction essentielle est de masquer l'inhibition sous-jacente. Le clinicien devra veiller précisément à ne pas se laisser prendre au piège des premières affirmations de l'adolescent, car il risque d'accentuer l'inhibition et d'enfermer l'adolescent dans des conduites d'échec répétitives s'il va dans le

sens d'une interruption prématurée des études ou d'une orientation pédagogique vécue comme dévalorisante.

Fréquemment, quelques traits névrotiques discrets accompagnent cette inhibition intellectuelle : conduite de type obsessionnelle marquée par la méticulosité dans ce qui entoure le travail scolaire (temps excessif passé à recopier des leçons, à souligner, à présenter le travail, etc.), conduite phobique avec déplacement des investissements sur un secteur particulier et focalisation de l'inhibition sur une matière ou sur un enseignant, plus simplement encore massivité du refoulement marqué par l'impression de blanc, ou de vide dans la tête, surtout lors des examens (angoisse de la feuille blanche).

Il est exceptionnel que l'inhibition retentisse sur les capacités intellectuelles telles qu'on peut les évaluer aux tests de niveaux. Toutefois, une passation mal préparée, l'intensité de l'anxiété voire de l'angoisse mobilisée par ce que l'adolescent ressent comme un examen ou surtout comme une « mesure dite objective » de ses capacités intellectuelles peuvent aboutir à des résultats aberrants. Une nouvelle passation dans de meilleures conditions permet de corriger ces résultats trompeurs.

Dans la majorité des cas, ces inhibitions intellectuelles avec échec relatif dans la scolarité s'observent chez des adolescents avec des capacités intellectuelles élevées, voire même supérieures. L'échec n'en est que plus paradoxal.

L'inhibition à fantasmer. — L'inhibition à fantasmer se révèle par la difficulté rencontrée chez certains adolescents à développer au sein de leur fonctionnement psychique une aire de rêverie et de fantaisie. Normalement, grâce à cette aire de rêverie ou de fantaisie, les fantasmes dont l'importance est accrue du fait des poussées pulsionnelles libidinales et agressives propres à cet âge sont peu à peu intégrés dans le moi de l'adolescent, tolérés et modulés par son surmoi et ainsi reconnus comme partie constituante de la personnalité. Dans certains cas, soit parce que l'instance surmoïque est trop sévère (organisation névrotique) ou trop personnifiée (position régressive où domine l'immaturité) soit parce que le moi est trop fragile (organisation limite, prénévrotique ou prépsychotique), les fantasmes porteurs des exigences pulsionnelles sont ressentis comme redoutables et dangereux. Une solution consiste à évacuer directement ces pulsions et fantasmes sur l'extérieur grâce au passage à l'acte (*cf.* chap. 5, p. 96). Une autre solution est donnée par le refoulement massif de ces fantasmes. En clinique ce refoulement massif se traduit par des *comportements conformistes* de l'adolescent : ce dernier paraît s'adapter en surface aux exigences de l'environnement, ne représente pas de conduite conflictuelle ou d'opposition ; en un mot il paraît faire l'économie d'une crise (*cf.* chap. 2, p. 38). Selon les cas, le refoulement semble porter sur la pulsion sexuelle ou sur la pulsion agressive. Mais le plus souvent le refoulement est particulièrement important lorsque l'intrication pulsionnelle n'a pu se mettre progressivement en place et lorsque

l'adolescent ne tolère pas l'envahissement de sa psyché par des fantasmes agressifs. À titre d'exemple, ceci est net dans le cas de l'inhibition portant sur la masturbation. L'absence de toute conduite masturbatoire et de fantasme masturbatoire à l'adolescence témoigne de profondes perturbations psychiques dominées par l'incapacité d'intégrer les pulsions agressives aux pulsions libidinales lors des fantaisies accompagnant l'acte masturbatoire (*cf.* chap. 7, La masturbation).

Cette attitude conformiste et superficiellement adaptée maintient l'adolescent démuni face aux poussées pulsionnelles. Cliniquement, on peut observer des effondrements subits et spectaculaires après de longues périodes de normalité superficielle, effondrement marqué soit par le brusque passage à l'acte (dont le type même est la tentative de suicide : *cf.* chap. 5, Tentative de suicide et diagnostic psychiatrique), soit par l'échec du refoulement et l'envahissement massif du moi par les processus primaires de pensée (dont l'exemple est l'épisode psychotique aigu, *cf.* p. 319). Dans d'autres cas, on observe simplement le maintien de cette attitude conformiste, y compris à l'âge adulte avec fréquemment le maintien de relation de type infantile avec les images parentales ou même les parents réels (modèles de l'adolescence « incomplète » ou « avortée » de P. Blos).

À travers les résultats des tests psychologiques projectifs (en particulier test de Rorschach et TAT), on retrouve ces deux grands cadres. Parfois les résultats sont dominés par la banalité des réponses, voire même leur pauvreté : l'adolescent décrit brièvement le contenu manifeste des planches, se déclare, et semble incapable de dépasser ce niveau purement descriptif. Ailleurs, après quelques réponses banales, on observe de brusques et inquiétants effondrements, des craqués dans les processus secondaires et des émergences fantasmatiques crues et archaïques. Les capacités de récupération formelle d'une planche à l'autre, ou d'une séance d'investigation à l'autre, constituent alors un indice valable de pronostic.

L'inhibition relationnelle : la timidité. — Il s'agit dans ce dernier cas d'une inhibition portant non pas sur les processus psychiques eux-mêmes, mais sur les modalités relationnelles de l'adolescent avec son environnement. La timidité est une conduite particulièrement fréquente à cet âge : l'adolescent n'ose pas s'adresser à un inconnu, n'ose pas parler devant un groupe, n'ose pas s'inscrire à une activité sportive ou culturelle pourtant désirée, n'ose pas téléphoner… Parfois cette timidité apparaît sélective : par exemple, timidité uniquement avec les adolescents de l'autre sexe, ou timidité dans le cadre scolaire, ou avec les adultes.

Sous-jacent à cette timidité, il est habituel de découvrir l'existence d'une vie fantasmatique plutôt riche. La crainte fréquente de l'adolescent est que ses fantaisies et/ou fantasmes soient découverts ou devinés par l'autre, surtout lorsque cette autre personne est l'objet vers lequel tendent ces fantaisies. Cette timidité est fréquemment reliée soit à la culpabilité, soit à la

honte. La culpabilité renvoie généralement à des désirs sexuels ou agressifs dirigés vers une personne de l'entourage, la honte à des craintes portant sur la personne même de l'adolescent. Dans ce dernier cas, un vécu dysmorphophobique (*cf.* chap. 8, Les conduites phobiques) accompagne la timidité ; ces dysmorphophobies font office aux yeux de l'adolescent de justificatif pour sa timidité : il ne parle pas à autrui à cause de son acné, il ne sort pas de chez lui à cause le la crainte de calvitie, etc.

Dans la majorité des cas, cette timidité persiste pendant l'adolescence puis semble s'atténuer progressivement avec l'entrée dans la vie active, en particulier l'insertion professionnelle. Parfois de lui-même, plus souvent exhorté par son entourage, l'adolescent vient consulter quand la timidité est telle qu'elle constitue une entrave aux possibilités d'insertion sociale.

Approche psychopathologique

Freud a montré dans son travail sur « Inhibition, Symptôme et Angoisse » que, au plan psychopathologique, l'inhibition se situait en deçà des symptômes. On pourrait dire que l'inhibition est un « présymptôme ». Par conséquent cette conduite n'est pas spécifique d'une organisation psychopathologique particulière. Ainsi comme on l'a vu dans le précédent paragraphe, l'inhibition intellectuelle s'accompagne-t-elle souvent de conduite obsessionnelle ou phobique. L'inhibition à fantasmer peut traduire la massivité du refoulement, mais aussi une organisation psychique où domine la désintrication pulsionnelle ; enfin la timidité renvoie tantôt à un sentiment de culpabilité qui se situe sur l'axe conflictuel œdipien, tantôt à un affect de honte qui se situe surtout sur l'axe narcissique.

Dans le mécanisme même lié à l'inhibition, A. Freud distingue deux grands types : 1) d'un côté elle décrit la rétraction du moi ; 2) de l'autre l'inhibition proprement dite. Le mécanisme de rétraction du moi, caractéristique du moi infantile selon A. Freud « se dresse contre les excitations venant de l'extérieur ». Il a pour but de mettre l'individu à l'abri des états de tension, mais en l'empêchant de faire des expériences maturantes. Pour A. Freud, ce mécanisme est banal chez l'enfant constituant un stade normal du développement. À l'adolescence, on peut considérer que certains individus se protègent ainsi grâce à la rétraction du moi contre les excitations externes comme on l'observe aisément dans la timidité. Selon A. Freud, une caractéristique de la rétraction du moi est sa réversibilité. Ce point distingue la « rétraction du moi » de l'inhibition proprement dite car celle-ci traduit un conflit psychique internalisé : le moi « se défend contre ses propres processus internes ». L'inhibition correspond à l'utilisation de mécanismes de défense névrotique, en particulier le refoulement, et par conséquent ne saurait être spontanément réversible.

Pour S. Freud, le statut de l'inhibition est étroitement lié au refoulement qui lui-même est corrélé au statut de l'angoisse (voir le paragraphe sur la

psychopathologie de l'angoisse et les deux théories de l'angoisse selon Freud, p. 212).

Quoi qu'il en soit de la place respective de l'angoisse et du refoulement, le processus de sublimation jette un pont entre les investissements pulsionnels et les investissements cognitifs. En effet, la sublimation est le mécanisme qui rend compte des intérêts intellectuels : dans la sublimation il existe un déplacement de l'énergie libidinale de ses buts sexuels primitifs vers des buts intellectuels. Ainsi se trouve fondé le principe de toute curiosité intellectuelle. Toutefois ce déplacement n'est jamais complet, la curiosité intellectuelle reste toujours, peu ou prou, chargée d'une signification liée à l'expression de la pulsion libidinale. Le risque est alors que l'exercice de la curiosité intellectuelle reste trop étroitement associé à des représentations ressenties comme interdites, dangereuses ou source de culpabilité : le refoulement entraîne alors dans l'inconscient, non seulement les représentations pulsionnelles non admises, mais aussi les représentations déplacées : il s'agit typiquement de l'inhibition névrotique.

Ce risque est particulièrement grand à l'adolescence : en effet « le réveil des poussées instinctuelles peut entraîner une chute dans le rendement scolaire, comme si une grande quantité d'énergie étant utilisée pour maintenir le refoulement, il n'en restait plus assez pour les processus mentaux complexes de l'acquisition des connaissances » (S. Lebovici et M. Soulé, 1972). Cette explication économique rend parfaitement compte de l'inhibition que nous avons appelée « intellectuelle » mais on peut aussi y ajouter une explication dynamique comme le signale B. Cramer.

Selon cet auteur, on assiste chez les adolescents, au niveau du fonctionnement intellectuel « à des phénomènes d'inhibition typiquement névrotique, à savoir où l'inhibition sous forme de contre-investissement s'adresse à l'activité mentale comme étant un équivalent masturbatoire, ce qui démontre bien l'hyperlibidinisation des processus mentaux qui n'ont pas été décentrés, assez autonomisés de leur base corporelle ». Ce second palier de compréhension rend compte à notre avis de certaines inhibitions à fantasmer, lorsque c'est le fonctionnement mental lui-même qui est investi d'une charge pulsionnelle excessive. L'auteur précédent se limite à l'investissement libidinal, mais à notre sens, cela est également vrai pour l'investissement pulsionnel agressif de la pensée.

Il existe cependant un autre axe de compréhension de l'inhibition à l'adolescence : cet axe se réfère à la compréhension génétique de cette période de la vie comme témoin du second processus de séparation-individuation, et comme période de définition des limites de soi. L'inhibition peut alors être comprise comme une mesure de protection nécessaire à une période où les limites de soi sont momentanément estompées en raison des remaniements consécutifs au travail de l'adolescence (*cf.* chap. 1, Les principaux aspects dynamiques de l'adolescence). Ceci s'observe de façon particulièrement nette lorsque l'inhibition s'accompagne de sentiments modérés de perte des limites

de soi, ou de confusion relative d'identité avec autrui. Ainsi la timidité est parfois reliée au sentiment que les autres peuvent deviner la pensée de l'adolescent, ou peuvent pressentir les affects éprouvés. À un moindre degré, l'adolescent a parfois le sentiment que, du fait de son comportement ou en raison d'un détail particulier de son physique, il constitue le point de convergence des regards et de l'attention des autres : ce sentiment est lui aussi lié à un trouble passager de l'identité (identité diffuse d'E. Erikson). Cette inhibition s'accompagne d'un vécu de honte, affect témoin du repli narcissique et de la défaillance des limites du soi. Tous les degrés s'observent entre l'inhibition qui témoigne (l'un simple doute passager et banal à cet âge sur les limites du soi, et l'inhibition grave, confinant au retrait quasi autistique, dernier refuge contre l'échec de l'élaboration des limites du soi.

LES AUTRES CONDUITES NÉVROTIQUES

Nous aborderons ici deux autres domaines, celui de l'hystérie et celui de l'obsession, qui font historiquement partie du champ des névroses mais dont les relations avec les différentes étapes de la vie soulèvent certaines questions. Existe-t-il d'un point de vue symptomatique et/ou d'un point de vue psychopathologique, une similitude incontestable entre l'hystérie ou l'obsession de l'enfance, de l'adolescence et celle de l'adulte ou au contraire les différences de structuration et d'expression sont-elles plus importantes que les ressemblances quand on les prend en considération en tenant compte de l'âge du sujet? Il nous semble par exemple qu'il existe une plus grande intolérance entre l'appréciation des adultes à l'égard des attitudes hystériques ou obsessionnelles d'autres adultes qu'à l'égard d'attitudes identiques chez l'enfant. L'adolescence constitue à ce niveau une période intermédiaire, une fois de plus. Nous avons cependant choisi de ne pas faire de l'hystérie et de l'obsession une conduite spécifique de l'adolescence et, malgré leur particularité liée à cet âge, nous les considérerons en ayant à l'esprit un certain continuum entre l'enfance et l'âge adulte.

Les conduites hystériques. — Alors que les conduites hystériques sont plutôt rares dans l'enfance, la survenue de la puberté, puis l'engagement dans l'adolescence correspond cliniquement à une nette augmentation de fréquence des symptômes hystériques. Il n'est pas rare également que des manifestations hystériques d'intensité minime pendant l'enfance, prennent soudain un caractère bruyant et envahissant pendant l'adolescence Pour mémoire, nous rappellerons le cas de Dora : Freud a vu cette patiente conduite par son père quand elle avait 16 ans, puis a entrepris trois ans plus tard un bref traitement psychanalytique. Il faut se souvenir que cette patiente présentait depuis l'âge de 8 ans des épisodes de toux nerveuse, mais à 16 ans,

les quintes de toux sont devenues permanentes en même temps qu'apparaissaient des épisodes d'aphonie et d'évanouissement. Si, lorsque Freud a relaté ce cas, la période de l'adolescence n'était pas repérée en tant que telle, de nos jours la pathologie de Dora, alors âgée de 16 ans, serait étroitement reliée à cette phase.

Si les conduites hystériques semblent fréquentes à l'adolescence, et constituent peut-être une des conduites pathologiques spécifiques de cette période, l'évaluation statistique rigoureuse de cette fréquence est difficile. D'une part les multiples « malaises » ou « crises de nerf » sont rarement l'objet d'une investigation psychopathologique, sauf quand ceux-ci se répètent ou sont d'une forte intensité, évoquant la « grande crise d'hystérie de Charcot ». Habituellement ces manifestations aiguës sont l'objet d'une banalisation de la part des parents et du médecin somaticien, banalisation en partie justifiée d'ailleurs.

Quant aux manifestations de conversion, elles devraient être plus aisément repérables : toutefois leur fréquence est, elle aussi, largement sous-estimée. Les raisons en sont multiples.

Ces conversions sont généralement de durée transitoire : quelques jours, voire quelques semaines le plus souvent. Dans quelques cas seulement elles se prolongent plusieurs mois. Elles s'associent habituellement à d'autres conduites qui peuvent occuper le devant de la scène. Elles s'observent de façon privilégiée dans les services de pédiatrie ou de neuropédiatrie. Seules les formes cliniques les plus graves sont abordées sous un angle réellement pychopathologique. Pour les autres, les pédiatres évitent le terme d'hystérie, soit en raison de sa connotation péjorative, soit parce qu'eux-mêmes dénient la dimension psychogénétique du trouble préférant s'arrêter aux termes de simulation ou de manipulation.

Compte tenu de ces réserves, dans une population d'adolescents en service de psychiatrie infanto-juvénile, la fréquence des conversions hystériques oscille selon les auteurs entre 2,5 à 10 % des cas (Rock, Scheer, Proctor) avec une augmentation nette lors de la phase pubertaire. Quant au sexe il existe une différence notable par rapport à l'adulte : le pourcentage des adolescents garçons est relativement élevé (Launay : 40 % de garçons), la prépondérance du sexe féminin pour les symptômes hystériques est donc nettement moins importante chez l'adolescente que chez l'adulte.

Description clinique. — Plus l'adolescent est âgé, plus les manifestations hystériques sont proches de celles décrites chez l'adulte. On peut ainsi observer :

– les manifestations aiguës : crise neuropathique sous forme d'évanouissement, de crise tétaniformes ou épileptiformes ;

– les manifestations durables qu'il s'agisse des conversions motrices (paralysie, astasie, abasie, etc.), sensitives (anesthésie, hyperesthésie), senso-

rielles (cécité, surdité), phonatoire (mutité) ou encore des manifestations psychiques (état crépusculaire, épisode amnésique).

Dans tous les cas, les symptômes hystériques miment de façon plus ou moins grossière la pathologie somatique. Les troubles neurologiques en particulier, ne respectent pas la répartition segmentaire motrice ou sensitive. Il n'est pas rare d'observer une symptomatologie similaire chez un membre de la famille, quoique le fait soit moins constant que chez l'enfant.

La « belle indifférence » décrite par Charcot peut être notée : l'adolescent ne paraît pas outre mesure préoccupé ou gêné par ses troubles qui, en revanche, affectent au plus haut point ses parents. La présence d'observateur peut accroître l'intensité des troubles : certaines observations font état de leur disparition plus ou moins complète en l'absence de spectateurs, tout au moins des spectateurs familiaux.

Dans une optique finaliste les conduites hystériques de l'adolescent peuvent se ranger selon deux axes essentiels : 1) les conduites hystériques comme défense dirigée essentiellement contre la sexualité, tout particulièrement la masturbation et les fantaisies sexuelles : nous citerons ici les paralysies motrices des mains, les atteintes sensitives, en particulier les zones d'hypoesthésie, d'anesthésie ou d'hyperesthésie, les sentiments de miction impérieuse, certaines manifestations psychiques ; 2) les conduites hystériques comme entrave au mouvement d'indépendance de l'adolescent : nous rangerons ici les atteintes particulièrement fréquentes à cet âge, de la motricité, atteintes qui peuvent aller jusqu'à l'invalidité : l'adolescent devient totalement dépendant de sa famille (paralysie sous forme de paraplégie ou plus rarement d'hémiplégie, trouble de la statique de type astasie-abasie). L'invalidité peut aller jusqu'à la nécessité d'un fauteuil orthopédique que pousse avec constance l'un des parents, souvent celui du sexe opposé.

Ces deux axes rendent compte des deux principales significations que peuvent prendre les conversions hystériques dans les conflits propres à l'adolescent : conflit d'autonomie par rapport aux relations familiales et conflit de désir par rapport aux pulsions sexuelles.

Le diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel le plus classique depuis Charcot est celui des troubles neurologiques d'origine organique. L'examen neurologique donne le plus souvent, par sa normalité, et surtout par la discordance entre les signes objectifs et les manifestations subjectives, une orientation immédiate. Deux risques dominent ce type de démarche : d'une part l'archarnement diagnostic (c'est-à-dire la multiplication des examens et investigations complémentaires pour obtenir une certitude diagnostique jamais atteinte), d'autre part une complaisance et une demande toujours insistante de la part de l'adolescent et des parents pour effectuer de nouveaux examens, un nouveau bilan… Cette demande va dans le sens d'un évitement des réels problèmes psychologiques du patient lui-même et des interactions familiales.

Le diagnostic des symptômes hystériques posé par certains médecins somaticiens implique un autre risque : reconnaître l'hystérie, c'est trop souvent méconnaître la souffrance du patient. Cette méconnaissance est précisément le motif plus ou moins conscient qui justifie aux yeux de ces derniers leur « acharnement diagnostic ».

Dans la pratique deux diagnostics différentiels peuvent être évoqués :

– *les plaintes hypocondriaques* ;

– *les troubles psychosomatiques*.

Du côté des *plaintes hypocondriaques*, la frontière est souvent floue. À titre d'exemple dans le cas du « mal au ventre » (qu'il s'agisse d'une douleur de type appendiculaire ou ovarienne), il est bien souvent difficile d'affirmer, sur la seule clinique, si on se trouve dans le champ des plaintes hypocondriaques ou dans celui des manifestations hystériques. Seules l'investigation psychodynamique et l'évaluation des mécanismes psychiques de défense peuvent donner un début de réponse. L'association de manifestations de type hystérique et d'une *pathologie psychosomatique* a été décrite en particulier dans le cas de l'asthme. Ici se pose le problème de ce qu'on appelle « la structure psychosomatique » définie par l'existence d'une « pensée opératoire ». Selon nous il convient de limiter avec rigueur l'utilisation du terme psychosomatique et de ne pas y inclure la totalité des manifestations somatiques avec une participation psychique. De même le symptôme hystérique s'accompagne d'un ensemble de « défenses psychiques plus ou moins spécifiques ».

La *stimulation* enfin doit être évoquée : ce qui l'emporte ici c'est le désir de manipulation du corps aussi bien que de l'entourage. La jouissance à provoquer l'angoisse, à mettre en échec tant les parents que les médecins est largement prévalente. La différence essentielle d'avec l'hystérie est que ce plaisir et ce désir sont conscients dans la simulation, tandis qu'ils sont inconscients dans l'hystérie.

Signification psychopathologique. — La signification psychopathologique des symptômes hystériques, en particulier des conversions, est loin d'être univoque à cet âge particulier. En effet, la conversion constitue souvent un symptôme surdéterminé dont le mécanisme même est variable ; il se situe au carrefour des processus mentaux et des processus de somatisation. En outre, ses rapports avec une organisation structurelle, qu'il s'agisse d'une névrose, d'un état limite, ou même d'une psychose, sont loin d'être univoques. « Le lien entre un phénomène de conversion et une structure sous-jacente typiquement hystérique est difficile à maintenir » (B. Cramer, 1977).

Mécanismes psychopathologiques liés aux symptômes hystériques à l'adolescence. — Plus qu'à tout autre âge, le double mécanisme d'appropriation de son propre corps par l'adolescent, mais en même temps appropriation d'un corps en changement, rend compte des multiples méca-

nismes psychiques de défense éventuellement utilisés. On peut schématiquement regrouper ces mécanismes selon trois grands types : 1) les mécanismes psychiques classiques : refoulement et conversion ; 2) les mécanismes psychiques liés aux processus de clivage et de la somatisation ; 3) les mécanismes liés à l'interaction entre l'adolescent et son entourage, où le corps devient l'objet transitionnel et/ou transactionnel de cette relation.

Il va de soi que ces divers mécanismes distingués ici par soucis didactique s'observent souvent de façon conjointe chez le même patient, ce qui rend compte, comme cela a déjà été dit de la surdétermination habituelle du symptôme.

— Les mécanismes typiques des manifestations hystériques : nous n'insisterons pas sur cette signification classique, n'en donnant que les grandes lignes. Face au conflit psychique, en particulier conflit entre le désir sexuel et l'interdit surmoïque, le premier mouvement consiste en un refoulement de la motion pulsionnelle interdite Ce refoulement accompli, l'énergie pulsionnelle libidinale est alors transformée en « énergie d'innervation ». Ce mécanisme de conversion spécifie le symptôme lui-même en y donnant son nom. Ces hypothèses psychopathologiques sont celles qui ont été avancées par Freud, en particulier dans l'étude du cas Dora. L'intensité nouvelle des émois sexuels, les craintes fantasmatiques réveillées par la masturbation suscitent une exacerbation des défenses et des contre-investissements : le symptôme de conversion constitue un rempart contre la menace du retour de refoulé. Mais ce conflit de nature génitale œdipienne ne constitue souvent qu'un premier niveau. Le conflit lié à l'identité sexuée, les incertitudes projetées sur l'image du corps, représentent un second palier.

— Les symptômes hystériques liés à des mécanismes archaïques de type clivage et/ou somatisation : pour certains auteurs le refoulement ne peut à lui seul rendre compte des divers symptômes, en particulier des conversions. Ainsi pour B. Cramer, « il semble que la conversion s'installe lorsque les modes habituels de refoulement ne suffisent plus à contenir l'émergence pulsionnelle. Ce qui arrive alors, c'est un phénomène de projection massive des pulsions dans le corps. Lorsque cette projection passe un seuil critique, le corps est hyperlibidinalisé, il devient le réceptacle de toute la vie pulsionnelle et dès lors la défense s'installe sur le mode d'un clivage avec le corps ». Ce mécanisme de clivage rendrait compte de la « belle indifférence » : l'adolescent hystérique se comporte comme si le corps était étranger, comme si ses symptômes n'étaient pas les siens. Dans ce dernier cas, les conversions hystériques représentent une sorte de « mise en acte » ou du moins de « mise en scène » des pulsions dans le corps ; elles sont proches dans leur signification psychopathologique du passage à l'acte observé chez d'autres adolescents, en particulier dans le cas de la psychopathie. Il convient de noter que certains auteurs ont effectivement établi des parallèles entre les deux cadres cliniques de l'hystérie et de la psychopathie.

Quoi qu'il en soit, l'utilisation du clivage est en soi un élément de gravité, d'une part parce qu'il traduit le débordement des processus psychiques les plus élaborés et d'autre part parce qu'il constitue en lui-même une entrave à la progression de ces mêmes processus psychiques. Le corps risque alors d'être vécu comme un objet externe avec des angoisses de dépersonnalisation très proches. Ces craintes s'observent assez souvent dans les cas de symptômes hystériques graves. L'existence d'angoisse de dépersonnalisation, de doute sur l'identité, s'accompagnent alors fréquemment de craintes hypocondriaques traduisant la projection directe des fantasmes agressifs dans le corps. La frontière entre le symptôme hystérique, porteur de la signification symbolique du conflit psychique et le symptôme hypocondriaque, lieu de projection des angoisses archaïques, n'est pas toujours aisée à tracer.

— LES MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES COMME MODE DE TRANSACTION AVEC L'ENTOURAGE : nous ne reviendrons pas ici sur l'importance bien connue de l'environnement dans le déroulement de la symptomatologie hystérique. Il faut souligner cependant l'interférence entre le besoin d'appropriation et d'autonomisation de son corps par l'adolescent et l'entrave que la conversion somatique apporte à ce mouvement. Comme nous l'avons signalé dans la description clinique, les conversions hystériques graves, en particulier les atteintes de la marche, resserrent toujours étroitement les liens de dépendance entre l'adolescent et ses parents. Certes tout symptôme peut avoir, à cet âge, la même fonction. Mais dans le cas de la conversion, le symptôme constitue par lui-même, une invite, un appel à ce surcroît de dépendance. Il n'est pas rare de constater que les parents font preuve d'une excessive sollicitude, facilitent et favorisent la régression de leur adolescent. La délimitation entre le corps d'un des parents, en particulier la mère, et celui de l'adolescent, n'est pas toujours claire : le corps de l'adolescent semble être le lieu privilégié de projection des pulsions agressives ou libidinales de l'un des parents. Habituellement on retrouve ce type de relation déjà installée dès la petite enfance : le corps de l'enfant, puis de l'adolescent, a toujours constitué le lieu privilégié de l'interaction mère-enfant, sans qu'une aire transitionnelle plus mentalisée ait pu se développer. Ces projections excessives peuvent, lorsqu'elles sont de nature libidinale, favoriser un excès de libidinisation du corps, et lorsqu'elles sont de nature agressive anxieuse, favoriser un investissement agressif du corps (crainte hypocondriaque par exemple). Grâce à la régression et au surcroît de dépendance à l'égard des parents qu'ils induisent, les symptômes hystériques peuvent constituer une protection face aux incertitudes sur les limites du corps et aux menaces qui en résultent.

Symptômes hystériques et structures psychiques. — Comme peut le laisser prévoir l'étude des processus psychiques sous-jacents à l'établissement des symptômes hystériques, le lien entre ceux-ci et une structure psychique particulière n'est pas univoque. Nous ne détaillerons pas ici les diverses structures au sein desquelles ces symptômes peuvent s'observer,

qu'il s'agisse de la névrose, mais aussi de certaines formes de psychose à l'adolescence ou d'état limite. Dans le cas d'une organisation névrotique, il est classique de dire que les symptômes hystériques de l'adolescent sont souvent passagers, transitoires. Ils ont en général un caractère plus aigu que chronique, et n'entravent pas sensiblement l'autonomie sociale de l'adolescent, même s'ils entraînent un surcroît de dépendance affective : en d'autres termes, l'adolescent poursuit une fréquentation scolaire normale, tandis qu'il se voit contraint de limiter ou d'interrompre ses activités, sources de plaisir, telles que les activités sportives, culturelles ou les sorties avec les copains.

En revanche, dans les cas de structure plus archaïque (psychotique ou structure limite), les entraves à la vie sociale sont plus importantes et durables.

Certes ces éléments purement descriptifs ne peuvent suffire à poser un diagnostic structurel, mais ils représentent des indicateurs assez valables.

Les conduites obsessionnelles. — Le démembrement dans les classifications actuelles de la classique névrose obsessionnelle (ou « névrose de contrainte ») en trouble obsessif compulsif et en personnalité obsessionnelle compulsive fait suite au constat que ces deux catégories diagnostiques s'observent et évoluent pour une part indépendamment l'une de l'autre contrairement aux hypothèses initiales.

S'il est rare d'observer une personnalité obsessive compulsive avant l'âge adulte — estimées à 0,3 % des sujets entre 12 et 21 ans (M. Flament et coll., 1990) — les troubles obsessifs compulsifs à l'adolescence sont beaucoup plus fréquents. Ils sont comme chez l'enfant et chez l'adulte caractérisés par des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations récurrentes et persistantes faisant intrusion dans la conscience du sujet et éprouvées comme absurdes, en ce qui concerne les obsessions, et se présentent sous la forme de comportements répétitifs dirigés vers un but et intentionnels, se déroulant selon certaines règles de façon stéréotypée en réponse à une obsession, en ce qui concerne les compulsions.

Les thèmes sexuels, la peur de la saleté, la contamination par les microbes, et surtout récemment par le sida, sont les obsessions les plus fréquemment rencontrées à l'adolescence. Les obsessions d'ordre et de symétrie sont observées chez 17 % des enfants et des adolescents. Les compulsions les plus fréquentes sont les compulsions de lavage qui surviennent en particulier chez les adolescents obsédés par la propreté et la contamination. Rappelons que ces comportements obsessifs et compulsifs sont fréquents dans un certain nombre d'anorexies mentales.

Mais les adolescents gardent longtemps secrètes ces conduites obsessionnelles et/ou compulsionnelles, y compris vis-à-vis de leurs parents, que ces conduites soient syntones au moi ou qu'elles soient source de souffrances psychiques.

Nous ne développerons pas ici la fonction psychopathologique des idées obsédantes, que le lecteur trouvera dans les manuels de psychopathologie adulte. Tout comme l'adulte, l'adolescent, à travers les idées obsédantes et les compulsions utilise les mécanismes psychiques d'isolation et d'annulation pour lutter contre l'érotisme anal. Cet érotisme anal représente lui-même une fixation régressive à une pulsion partielle prégénitale et constitue une défense contre les pulsions sexuelles. Au plan génétique développemental, on peut dire que l'apparente maturité du moi de l'adolescent lui donne les armes nécessaires pour lutter contre les exigences pulsionnelles ressenties comme perturbantes, sinon dangereuses (hypothèse de S. Freud dans son travail sur la prédisposition à la névrose obsessionnelle).

En réalité, ce palier de défenses névrotiques élevées contre la pulsion sexuelle ne correspond qu'à une partie des conduites dites obsessionnelles. Nombre d'entre elles renvoient à des mécanismes beaucoup plus archaïques, en particulier dans le cas des investissements obsessionnels en secteurs : dans ces derniers cas, la conduite obsessionnelle semble renvoyer beaucoup plus à une tentative de ritualisation, qui elle-même correspond à un besoin de contention de la psyché et de maintien d'un sentiment d'individualité. Ces investissements en secteur équivalent dans la sphère psychique aux stéréotypies dans la sphère comportementale : ils sont beaucoup plus mis au service d'une tentative d'enkystement d'une position psychotique marquée par les menaces diverses de dissociation ou d'éclatement, que mis au service de défenses liées aux pulsions génitales.

Ces constatations nous conduisent directement à la perspective diagnostique. En terme structurel, les conduites obsessionnelles sont loin d'être caractéristiques d'une organisation particulière. Ceci rejoint d'ailleurs les observations faites chez l'enfant comme chez l'adulte. On peut observer des conduites obsessionnelles aussi bien dans les organisations névrotiques, limites ou psychotiques. Le diagnostic structurel, dans la mesure où il est possible à l'adolescence, ne repose pas sur la description sémiologique de ces conduites, mais sur un essai d'évaluer leurs poids économique et dynamique dans la structure en cours de remaniement.

PROCESSUS DE MENTALISATION ET STRUCTURE PSYCHIQUE

Au plan structurel, on aura pu s'apercevoir, dès le début de ce chapitre, que les processus de mentalisation se placent sur le long d'un continuum qui va des structures psychiques les plus archaïques aux organisations de type névrotique. Encore plus qu'aux autres âges de la vie, à l'adolescence il convient en effet de ne pas faire d'équivalence trop directe entre symptôme d'apparence névrotique (conversion hystérique, conduite phobique ou obsessionnelle) et

structure névrotique. Dans la mesure où on définit la fonction de « penser » comme l'ensemble des processus cognitifs et des processus mentaux de prise de conscience ou de résistance à la prise de conscience des affects, des pulsions et des fantasmes, les processus de mentalisation témoignent en grande partie de la mise en place des processus secondaires de pensée selon la définition de Freud. L'excitation intellectuelle, libidinale ou agressive, doit être canalisée, liée afin de s'écouler de façon plus stable : la poussée pulsionnelle de l'adolescent rend compte de l'exacerbation des défenses psychiques élevées contre cette poussée instinctuelle.

Très brièvement on peut dire que dans certains cas, les processus de mentalisation sont mis au service du développement : l'épanouissement de la fonction cognitive, l'accession à une pensée formelle avec l'infinie manipulation des catégories du possible stimulent la pensée créative de l'adolescent, même si cela doit s'opérer au prix de quelques aménagements défensifs. Les conduites symptomatiques qui apparaissent n'entravent pas l'essentiel du travail psychique de l'adolescent.

Dans d'autres cas, les processus de mentalisation paraissent incapables d'assurer ce mouvement progrédient. Totalement défaillant, ils livrent parfois l'adolescent à l'envahissement délirant qui traduit la régression aux processus primaires de pensée. Partiellement défaillant, ils se rigidifient dans un investissement purement formel qui apparaît alors plaqué, avec un fonctionnement presque vide et automatique : l'exemple des investissements obsessionnels en secteur conduisant l'adolescent à une déréalisation et à un isolement autistique de plus en plus grands est caricatural. Ainsi dans certains cas, l'investissement des processus de mentalisation semble se rigidifier et entraver l'autonomisation progressive de l'individu.

Restent certains adolescents chez qui ces processus de mentalisation paraissent à tout moment susceptible de s'effondrer, incapables de faire face à la moindre tension psychique interne : ces brusques défaillances dans l'investissement des processus de mentalisation se traduisent en clinique par l'irruption de passage à l'acte soudain ou par des épisodes de confusion ou de déréalisation transitoires (*cf.* chap. 11, p. 319).

LE CONCEPT DE NÉVROSE

Dora, 18 ans, l'homme aux loups, 18 ans, Katharina 18 ans : l'adolescence contribue largement à travers les écrits de Freud aux premières découvertes de la psychanalyse. Ces patients sont présentés par Freud comme des exemples de névrose clinique, or aujourd'hui l'évolution constatée chez certains d'entre eux laisse à penser qu'il s'agissait de patients beaucoup moins « névrotiques » que Freud avait pu le penser au début : c'est le cas en particulier de l'homme aux loups.

Le statut de la névrose à l'adolescence nécessite d'être repensé. Pour certains auteurs ce statut a tendance à suivre la même évolution que celui de la névrose chez l'enfant : se plaçant sur un axe de réflexion ontogénétique ces auteurs, à la suite d'A. Freud considèrent que, d'une part, la névrose ne doit pas entraver le mouvement maturatif normal et que, d'autre part, les instances psychiques doivent être suffisamment différenciées les unes des autres pour pouvoir parler de structure névrotique. Pour ces raisons, le diagnostic de névrose chez l'enfant doit en réalité être porté avec circonspection et beaucoup moins souvent qu'on ne l'imagine de prime abord. Ceci conduit les auteurs à distinguer la névrose infantile comme modèle de développement et la névrose chez l'enfant comme maladie clinique (voir à ce sujet la discussion, *In : Enfance et psychopathologie*, chap. 15). Selon le même modèle à l'adolescence, la névrose doit ainsi préserver les remaniements psychiques propres à l'adolescence et nécessite que l'idéal du moi soit suffisamment distinct du surmoi (P. Blos, M. Laufer).

L'autre angle de vue concerne la place de la névrose dans la pathologie de l'adulte. En effet, actuellement on assiste aussi à sa remise en cause chez l'adulte, du moins par certains auteurs : la névrose tend à apparaître comme une sorte de « maladie idéale », une maladie de la normalité dont il conviendrait de dégager les tableaux symptomatiques trop graves, lesquels renverraient en réalité à une pathologie dite « limite ». Le champ de la névrose devient, de ce fait, une véritable peau de chagrin largement grignotée par tous les tableaux sémiologiques intermédiaires décrits de nos jours (état limite, borderline, prépsychose, etc.). Plus qu'à tout autre âge de la vie, la médiocre corrélation entre une conduite symptomatique et une entité nosographique précise, la difficulté à établir un diagnostic structurel rigoureux conduisent les auteurs à une certaine réserve dans le diagnostic de névrose à l'adolescence. Cette prudence est renforcée par les études catamnestiques : elles révèlent en effet que les symptômes dits névrotiques graves s'inscrivent ultérieurement au sein d'organisations structurelles souvent plus proches de psychose ou du moins de caractéropathie grave que de névrose franche chez l'adulte.

HYPOTHÈSES THÉORIQUES

Dans l'étude théorique de la névrose à l'adolescence, nous distinguerons deux types de position en partie opposés. En effet, d'un côté certains auteurs voient dans l'adolescence le moment privilégié de constitution de la névrose de l'adulte, ce qui se traduit dès l'adolescence par la survenue de symptômes névrotiques. D'autres auteurs, dans une perspective essentiellement ontogénétique, laissent une place restreinte à la névrose, selon une approche théorique similaire à ce qu'on observe chez l'enfant.

L'adolescence comme mise en place de la névrose. — Pour Freud, la caractéristique de l'adolescence est l'accession nouvelle au plaisir terminal, encore appelé plaisir de satisfaction. Ce plaisir terminal est défini, surtout chez l'homme, comme la réduction et même la disparition de la tension aussi bien physique que psychique consécutive à l'éjaculation. Cette maturité sexuelle nouvelle provoque un réaménagement des pulsions partielles propres à l'enfant : « un but sexuel nouveau est donné à la réalisation duquel toutes les pulsions partielles coopèrent, tandis que les zones érogènes se subordonnent au primat de la zone génitale. »

Ainsi les pulsions partielles, orales ou anales en particulier, doivent-elles être intégrées dans la sexualité génitale. Elles participent désormais à ce que Freud appelle « le plaisir préliminaire » : il s'agit de la phase précédent le plaisir terminal, phase où se trouvent activées les diverses pulsions partielles (caresse, baiser, regard, etc.) qui ont pour rôle essentiel d'accroître la tension physique et psychique. L'excitation des diverses zones érogènes augmente cette tension et prépare le plaisir terminal. Selon Freud, chez le garçon l'organe par lequel est obtenu le plaisir terminal est le pénis : il s'agit d'une zone érogène déjà investie pendant l'enfance. Chez la fille en revanche, la zone érogène de l'enfance est le clitoris ; l'accession à la maturité sexuelle se marque chez celle-ci par un changement de zone érogène principale, car la zone érogène clitoridienne doit être abandonnée au profit de la zone érogène vaginale. Nous reviendrons sur l'importance de ce changement de zone érogène chez la femme.

Outre cette explication qui utilise un modèle physiologique, et parfois quasi mécanique, l'adolescence se caractérise aussi par un nouveau choix d'objet sexuel : la libido d'objet était jusque-là fixée au parent du sexe opposé, ce qui était à l'origine d'un sentiment tendre pour ce parent. L'adolescent doit trouver un autre objet à sa libido dès que sa maturité sexuelle lui interdit de focaliser sur l'image parentale des fantasmes et des désirs incestueux. Normalement les premiers choix amoureux de l'adolescent se feront par étayage sur les premiers objets d'amour infantile : « c'est, sans aucun doute, un retentissement de la phase initiale qui porte un jeune homme à choisir, pour ses premiers amours sérieux, une femme d'âge mûr, et une jeune fille à aimer un homme âgé. Ces personnes font revivre en eux l'image de la mère ou celle du père. On peut admettre que le choix de l'objet, en général, se fait en s'étayant d'une façon plus libre sur ces deux modèles. »

Toutefois, il doit se produire un changement d'objet, même si, comme le signale Freud, un paradoxe préside à ce changement puisque « trouver l'objet sexuel n'est en somme que le retrouver ». Ce mouvement signe d'une part l'étayage de l'objet sexuel sur l'objet libidinal infantile, mais d'autre part la nécessité d'une perte : on ne peut « retrouver » un objet qu'après l'avoir préalablement perdu. Ce temps de la perte que Freud situe au moment de la période de latence correspond peut-être mieux à ce qu'on décrit maintenant comme la préadolescence ou première adolescence (A. Freud, Haim, etc.).

À partir de cette description brève de l'adolescence, l'origine de la névrose peut se situer à divers points conflictuels. Ceux-ci sont au nombre de deux chez le garçon auxquels on ajoute chez la fille un troisième. Ils sont à l'origine de difficultés névrotiques telles que des inhibitions sexuelles ou des névroses hystériques. Freud décrit d'abord le rôle pathogène que peuvent jouer des points de fixation au niveau des pulsions partielles : le plaisir préliminaire risque alors d'être excessif ce qui entrave la possibilité d'accéder au plaisir terminal. Ainsi la fixation à une zone érogène trop fortement liée à une pulsion partielle constitue l'origine possible de difficultés névrotiques.

La nécessité pour la libido de changer d'objet représente une autre source de difficulté : « une partie des troubles névrotiques s'explique par l'incapacité de l'adolescent à changer d'objet. » Ceci s'observe en particulier quand le lien au premier objet d'amour est d'une trop grande intensité, ou quand le nouvel objet d'amour présente des traits qui le rapprochent trop de l'objet d'amour infantile. Cette dernière éventualité exacerbe les craintes d'une relation incestueuse. Il se produit alors un refoulement massif, voire même une dénégation de la sexualité : « dans les cas de psychonévrose, l'activité psychosexuelle recherchant l'objet reste dans l'inconscient par suite d'une dénégation de la sexualité… On pourra avec certitude démontrer que le mécanisme de la maladie consiste en un retour de la libido aux personnes aimées pendant l'enfance. »

Chez la fille, à ces deux mouvements source de conflit névrotique, il s'en ajoute un troisième selon Freud : la nécessité de changer de zone érogène, source de plaisir terminal. Ce passage de la zone érogène clitoridienne où se localise la sexualité infantile de la fillette, à la zone érogène vaginale propre à la sexualité féminine adulte, ne va pas sans difficulté ; il constitue, selon Freud, une des causes de la prédisposition à l'hystérie.

Pour résumer, on peut dire que l'adolescence, sans qu'elle soit explicitement nommée comme telle par Freud, représente néanmoins un moment privilégié d'organisation ou de mise en place de trouble névrotique. L'apparition de difficulté névrotique s'explique par les remaniements physiques et psychiques de cette période : 1) émergence de la maturité sexuelle et accession au plaisir terminal ; 2) nécessité pour la libido de changer d'objet. Remarquons que Freud se réfère essentiellement au complexe d'Œdipe positif, c'est-à-dire à la relation affective entre l'adolescent et le parent de sexe opposé, ne faisant pratiquement pas mention de la position œdipienne inversée, position qui semble occuper une place de plus en plus importante dans les élaborations théoriques des auteurs contemporains (P. Blos, Ph. Jeammet).

Lebovici se situe dans la même ligne théorique, considérant aussi que l'adolescence est l'âge privilégié de la mise en place d'une organisation névrotique. Toutefois cet auteur se détermine par rapport au problème de la névrose chez l'enfant, réalité clinique, qu'il ne nie pas complètement, mais qui lui paraît peu fréquente. Cette névrose clinique chez l'enfant s'oppose au modèle de la névrose infantile lequel permet de comprendre l'organisation

de la névrose de transfert. L'adolescence représente l'un des moments privilégiés où peut se mettre en place une organisation névrotique en raison de la signification traumatique « après-coup » que vient donner la sexualité nouvelle de l'adolescent au modèle de la névrose infantile. Cet « après-coup » rend compte de la possible structuration d'une névrose à l'adolescence : « l'après-coup » qui unit la névrose de transfert à la névrose infantile, c'est le processus de la sexualisation, historiquement daté de l'adolescence, organisé dans les représentations transférentielles (S. Lebovici, 1979).

J. Laplanche et J.B. Pontalis définissent ainsi « l'après-coup » : « terme fréquemment employé par Freud en relation avec sa conception de la temporalité et de la causalité psychique : des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles, de l'accès à un autre degré de développement. Elles peuvent alors se voir conférer, en même temps qu'un nouveau sens, une efficacité psychique. » L'adolescent accède, du fait même de sa maturité sexuelle, à un autre degré de développement ; ce nouveau degré donne une signification nouvelle, éventuellement traumatique aux expériences anciennes, aux traces mnésiques infantiles qui constituent le filigrane de la névrose infantile.

On pourrait, selon ce point de vue, avancer une métaphore : « l'après-coup » à l'adolescence représente le travail de « développement » de la pellicule photographique sur laquelle est inscrite la photo prise dans l'enfance. Chacun sait que, de la qualité du travail du laboratoire, dépend en grande partie la qualité de la photographie définitive. L'« après-coup » vient ainsi amplifier, exacerber et révéler ou au contraire atténuer, estomper, maintenir dans l'ombre, les expériences de la petite enfance. D'autres auteurs n'utilisent pas explicitement la notion d'« après-coup », mais y font implicitement référence : ainsi pour Bergeret, l'adolescence est assimilée à un moment de bouleversement structurel transitoire au terme duquel l'organisation névrotique se trouve définitivement stabilisée. Spiegel (cité par Blos) propose une équivalence entre le concept de névrose actuelle et l'adolescence : « une partie de la symptomatologie de l'adolescence peut être considérée comme les séquelles directes des symptômes névrotiques actuels, du flux pulsionnel, que l'appareil psychique encore imparfait n'est pas capable de contenir au début de l'adolescence. » Il ne s'agit évidemment pas ici de la névrose actuelle au sens où l'entendait initialement Freud (c'est-à-dire des difficultés névrotiques directement liées à l'absence ou à l'inadéquation de la satisfaction sexuelle), encore que cette définition primitive ne soit pas dénuée de pertinence au début de l'adolescence, mais cette terminologie a plutôt l'intérêt de centrer l'attention sur l'actualité de la poussée pulsionnelle et sur l'incertitude évolutive des troubles de type névrotique : elle insiste en outre sur le besoin pour l'adolescent de trouver une réponse immédiate, voire urgente, grâce aux conduites symptomatiques, réponse au surcroît de tension instinctuelle, à la demande pulsionnelle. L'utilisation du terme « trouble névrotique actuel » a aussi l'intérêt de mettre en relief la temporalité de la conduite symptomatique.

La mise en cause de la névrose à l'adolescence. — À l'opposé des auteurs précédents, nombreux sont ceux, surtout lorsqu'ils se placent dans une perspective développementale ontogénétique, pour lesquels la névrose occupe une place restreinte à l'adolescence premièrement parce qu'il est difficile à cet âge de poser un diagnostic structurel précis, deuxièmement parce que la névrose ne doit pas bloquer totalement le processus même de l'adolescence, troisièmement parce que la névrose devient une sorte de maladie modèle d'une personnalité parvenue à sa maturité.

Caricaturale à cet égard est la position de Ladame, auteur qui adopte un point de vue développemental proche de Malher et de Blos : « l'installation d'une phobie ou de symptôme obsessionnel, voire de symptôme de conversion peuvent être aussi la traduction d'une maladie dépressive. Je doute fort de la nature réellement névrotique (authentiquement induite par un conflit intrapsychique) de tels symptômes pendant l'adolescence. La méfiance s'impose avant de se rassurer à l'idée qu'on a affaire à une "personnalité névrotique", car je ne pense pas qu'une telle organisation soit possible avant le début de l'âge adulte » (F. Ladame, 1981). En effet, pour Ladame, nombre de manifestations symptomatiques chez l'adolescent ne traduisent pas un conflit intériorisé intrapsychique, mais constituent l'expression de manœuvres projectives sur la scène familiale : les mécanismes de défense qui sous-tendent les conduites symptomatiques appartiennent le plus souvent au registre archaïque (clivage, identification projective), mécanismes qui estompent les limites du moi de l'adolescent et entravent le processus d'autonomisation.

Sans être aussi tranchée, l'opinion d'un auteur comme Laufer n'est pas très éloignée de celle de F. Ladame. M. Laufer considère en effet qu'on peut parler de troubles névrotiques uniquement si ces troubles « préservent la capacité de répondre à tout ou partie des exigences déterminées intérieurement et extérieurement; l'adolescent se montre encore capable de réussir à l'école ou au travail, mais ses aptitudes sont amoindries. Il sait faire la différence entre ce qui se situe hors de lui-même et "les créations de son esprit". Reprenant le concept de ligne de développement proposé par A. Freud, M. Laufer parle de « névrose simple » lorsque le conflit intérieur ne perturbe pas la vie de l'adolescent, mais on assiste à une réduction de ses fonctions. Au plan symptomatique le registre de l'empêchement, de l'inhibition (*cf.* chap. 8, L'inhibition) est prévalent. Au plan métapsychologique, ces difficultés sont, selon Laufer, directement liées à l'incapacité chez l'adolescent de se dégager du lien œdipien infantile : « nous pensons à l'adolescent pour qui il s'avère difficile et même impossible de modifier la nature de ses relations avec ses parents et qui atteint l'âge adulte sans avoir pu établir avec qui que ce soit aucune autre relation d'intimité. » En réalité pour M. Laufer, la majorité des troubles de l'adolescent sont l'expression d'« un effondrement dans le processus d'intégration d'un corps ayant accédé à la maturité physique et qui fera partie de la représentation de soi-même ». Une telle hypothèse montre que la majorité des troubles à l'adolescence se situent

essentiellement sur l'axe de l'image de soi, de la constitution de l'individu, et en fin de compte de l'établissement du narcissisme.

Nous terminerons cette brève discussion théorique en évoquant les travaux de P. Blos (*cf.* p. 57). Pour cet auteur la névrose, en tant que structure psychique définitivement organisée, ne peut se mettre en place qu'au terme de l'adolescence. En effet, il faut attendre l'adolescence tardive pour que le complexe d'Œdipe puisse être résolu dans sa totalité, en particulier le complexe d'Œdipe négatif. P. Blos est tout à fait catégorique : « j'affirme ici, que la névrose infantile acquiert la structure de la névrose adulte définitive *uniquement après que* se soit produit une résolution pathologique du complexe d'Œdipe négatif au cours de l'adolescence tardive » (*après que :* souligné par l'auteur lui-même). En somme, les troubles de type névrotique apparaissant à l'adolescence ne constituent qu'un « en deçà » de la névrose adulte, de la même manière que les troubles transitoires et évolutifs propres à la névrose infantile. De même que la résolution du complexe d'Œdipe positif précède l'entrée dans la phase de latence, de même « la résolution de la face négative (du complexe d'Œdipe) se produit normalement au cours de l'adolescence, ou, pour être plus précis, en fin d'adolescence, facilitant le passage à l'âge adulte » (P. Blos, 1985). De ce point de vue, on peut considérer qu'une grande majorité des conduites symptomatiques à l'adolescence, surtout chez le garçon, traduisent une lutte contre la passivité liée à la soumission inhérente à cette position œdipienne négative, plutôt qu'une lutte contre l'homosexualité proprement dite. Ainsi l'intégration du couple activité-passivité représente un travail psychique essentiel : seule l'intégration de cette composante passive, et non la lutte contre, garantit le « désengagement libidinal » (P. Blos, 1985) par rapport aux images œdipiennes. L'Idéal du Moi de l'adulte représentera l'héritier de ce complexe œdipien négatif résolu (*cf.* chap. 1, La place de l'idéal du Moi à l'adolescence).

Pour conclure ce point de vue, on peut dire qu'à partir du moment où le conflit œdipien n'est pas totalement résolu, avant la fin de l'adolescence, il est logique dans une perspective structurelle rigoureuse, de mettre en doute l'existence d'une névrose typique avant cette résolution, donc avant l'âge adulte. Selon ce point de vue, pendant l'adolescence, comme pendant l'enfance, ces symptômes représentent uniquement des compromis ou des aménagements actuels et momentanés, sans être nécessairement liés à une ligne structurelle précise.

Conclusion. — Ce bref chapitre sur les approches théoriques de la névrose à l'adolescence illustre combien la compréhension théorique de cette période de la vie, la compréhension des conduites symptomatiques, et surtout les conséquences sur l'approche thérapeutique sont étroitement liées. À travers les divergences ponctuelles selon les auteurs il nous semble possible d'avancer les propositions suivantes :

– plus qu'à tout autre âge de la vie, le lien entre une conduite symptomatique et une structure psychique est particulièrement lâche à l'adolescence.

Ce manque de corrélation provient du fait que toute conduite est, à cet âge, largement surdéterminée. Sa compréhension renvoie toujours à des axes multiples : conflit œdipien direct et inversé, préœdipien, archaïque, conflit entre les investissements libidinaux et narcissiques, problématique de l'image du corps, interaction actuelle avec l'entourage, etc. Cette surdétermination doit rendre prudent dans l'établissement d'un diagnostic structurel ;

– il nous paraît utile de distinguer à l'adolescence, d'un côté les aménagements névrotiques de loin les plus fréquents, et de l'autre les quelques cas de névrose apparente constituée. Le terme d'aménagement névrotique a, selon nous, l'intérêt de mettre en relief l'aspect temporaire de ces conduites, sans préjuger de leur devenir en terme structurel. L'expérience clinique montre que ces conduites névrotiques propres à l'adolescent évoluent avec le temps : fréquemment elles s'estompent, disparaissent pour laisser la place chez l'adulte à quelques traits de personnalité (personnalité dite phobique ou obsessionnelle, etc.) plus qu'à une véritable névrose.

Les névroses monosymptomatiques graves de l'adolescent ont en réalité un destin beaucoup plus ouvert, illustrant *a contrario* l'absence de lien entre symptômes névrotiques graves et une structure névrotique. Certaines de ces névroses finissent par se décompenser avec l'apparition de manifestations psychotiques franches. Ainsi les obsessions-compulsions graves et envahissantes à l'adolescence évoluent souvent, en l'absence d'approche thérapeutique, vers des états schizophréniques. À noter aussi que ces névroses obsessionnelles graves de l'adolescent peuvent constituer une sorte de guérison ou d'enkystement d'une psychose infantile stabilisée (S. Lebovici). Il importe dans ce cas de préserver le secteur adaptatif à la réalité, et de ne pas trop remettre en cause les compromis défensifs établis. De même, comme nous le signalerons (*cf.* chap. 17) les phobies scolaires graves de l'adolescent risquent d'évoluer vers des états de marginalisation sociale, de délinquance, voire des organisations perverses ou psychopathiques plus que vers des névroses typiques.

Dans quelques cas seulement ces états névrotiques graves de l'adolescent semblent se maintenir inchangés pendant la vie adulte, ou au mieux évoluer en des organisations caractéropathiques graves et figées.

BIBLIOGRAPHIE

BOTBOL M. : *Les TOC de l'enfant et de l'adolescent.* Solar, Paris, 2005.

BRACONNIER A. : Le syndrome de menace dépressive. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1981, *39*, 8-9, 337-340.

CANESTRARI R., MAGRI M.T., MUSCIANESI-PICARDI F. : L'image du corps chez l'adolescent. *Neuropsychiat. Enf. Adol.*, 1980, *28*, 10-11, 511-519.

FREUD A. : *Le moi et les mécanismes de défense.* Trad. A. BERMAN. PUF, Paris, 1975, 8e éd.

KAGAN J., REZNICK J.S., WIDMAN N. : The physiology and psychology of behavioral inhibition in young children. *Child Devel.*, 1987, *58*, 1459-1473.

LAST C.G. : *Anxiety across the lifespan : a developmental perspective.* Springer Publishing Company, New York, 1993.

LEBOVICI S., SOULÉ M. : *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse.* PUF, Paris, 1972, 2e éd., 631 p.

ABE K. : Phobias and nervous symptoms in childhood and adolescence : persistence and associations. *British J. Psychiatry*, 1972, *120*, 275-283.

BLOS P. : The life cycle as indicated by the nature of the tranference in the psychoanalysis of adolescents. *Int. J. Psychoanal.*, 1980, *61*, 145-151.

BLOS P. : Fils et père. *Adolescence*, 1985, *3*, 1, 21-42.

BREIER A., CHARNEY D.S., HENINGER G.R. : Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, *41*, 1129-1135.

CRAMER B. : Vicissitudes de l'investissement du corps : symptôme de conversion en période pubertaire. *Psychiat. Enf.*, 1977, *20*, 1, 11-127.

EBTINGER R., SICHEL J.P. : L'hypocondrie et le suicide chez l'adolescent. *Confront. Psychiat.*, Specia Éd., 1971, *7*, 81-101.

FLAMENT M. : Épidémiologie du trouble obsessionnel et compulsif chez l'enfant et chez l'adolescent. *L'Encéphale*, 1990, *16*, 311-316.

FRANCIS G., LAST C.G., STRAUSS C.C. : Expression of separation anxiety disorder : the role of age and gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 1987, *182*, 82-84

FREUD S. : *Inhibition, symptôme et angoisse.* Trad. M. TORT. PUF, Paris, 1968, 2e éd.

FREUD S. : Les transformations de la puberté. *In : Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905). Trad. : B. REVERCHON-JOUVE. Gallimard, Coll. Idées, 1962, Paris, p. 11-142.

HAYWARD C., KILLEN J.D., HAMMER L.D. et coll. : Pubertal stage and panic attack history in sixth and seventh grade girls. *Am. J. Psychiatry*, 1992, *149*, 1239-1243.

KAGAN J. : Galen's prophesy. *Basic Books*, New York, 1994.

LADAME F. : Les troubles psychiques de l'adolescence et leur approche thérapeutique : implications entre théorie et pratique. *Ann. Med. Psychol.*, 1978, *136*, 1, 49-67.

LADAME F. : *Les tentatives de suicide des adolescents.* Masson, Paris, 1981, 1 vol.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. : *Vocabulaire de la psychanalyse.* PUF, Paris, 1968, 1 vol.

LAUFER M. : Troubles psychiques chez les adolescents. Trad. : M. WALDBERG. Centurion Éd., Paris, 1979, l vol.

LAUFER M. : The nature of adolescent pathology and the psychoanalytic process. *Psychoanal. Study Child*, 1978, *33*, 307-322.

LEBOVICI S. : L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert. Rapport au 39e Congrès des Psychanalystes de langue française, *Rev. Fr. Psychanal.,* Paris, 1979.

MARKS I. : Blood injury phobia : a review. *Am. J. Psychiatry*, 1988, *145*, 1207-1213.

MOREAU D., WEISSMAN M. : Panic disorder in children and adolescents : a review. *Am. J. Psychiatry*, 1992, *149*, 10, 1306-1314.

PINE D.S., COHEN P., GURLEY D. et coll. : The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, 55, 56-64.

SCHÖNFELD W.A. : The body and the body-image in adolescence (p. 27-53). *In : Adolescence* : *Psychosocial perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.) Basic Books Inc., New York, 1969, 1 vol., 412 p.

SHEEHAN D.V., SHEEHAN K.E., MINICHIELLO W.E. : Age of onset of phobic disorders : a reevaluation. *Compr. Psychiatry*, 1981, *22*, 535-544.

THYER B.A., PARIS R.J., CURTIS G.C. et coll. : Ages of onset of DSM-III Anxiety Disorders. *Comp. Psychiatry*, 1985, *26*, 113-122.

TOMKIEWICZ S., FINDER J. : La dysmorphophobie de l'adolescent caractériel. *Rev. Neuropsychiat. Enf.*, 1967, *15*, 12, 939-965.

9 LE PROBLÈME DE LA DÉPRESSION

Les variations d'humeur des garçons et des filles âgés de 13 à 20 ans ont été négligées et souvent attribuées au processus normal d'adolescence. Certes on constate chez de nombreux adolescents une humeur dépressive mais pour les adolescents qui traversent une véritable période dépressive (EDM, dysthymie, trouble bipolaire), deux tiers d'entre eux ne sont pas médicalement et/ou psychologiquement soignés. Les conséquences de ces périodes dépressives sont pourtant nombreuses et parfois graves. Elles sont à l'origine d'échecs scolaires, de troubles du caractère, de conduites suicidaires et surtout de conduites de dépendances (M. Corcos et coll., 2003). De plus, depuis vingt ans le nombre d'adolescents présentant ces épisodes dépressifs s'est fortement accru au point de pouvoir être considéré comme un véritable problème de santé publique.

Les filles et les garçons n'expriment pas leur dépression de la même façon. Les premières manifestent ce malaise par leurs préoccupations sur l'image de leur corps, leur poids, des douleurs plus ou moins diffuses qui n'inquiètent pas au premier abord mais dont l'intensité, la persistance et surtout la dimension d'appel implicite doivent être tout particulièrement évaluées. Les seconds expriment plus leur souffrance dépressive sous une forme comportementale, agressive, déchargeant ainsi cette tension masquée par une apparente insolence ou des réactions de prestance.

À l'origine de ces dépressions de l'adolescence, on retrouve certes des vulnérabilités neuro-biologiques, mais aussi un cumul d'événements de vie négatifs, familiaux (deuil, parent déprimé, conflits familiaux, divorce) ou existentiels (déception sentimentale, échec scolaire, maladie physique). Autre facteur, à cet âge où l'espoir et l'idéalisation sont des mouvements naturels, la pression culturelle et sociale actuelle pousse certains jeunes à vivre le monde comme décevant, trop contraignant ou inquiétant par rapport à l'avenir.

Enfin, l'articulation entre le processus d'adolescence avec ses possibles avatars et l'existence d'une organisation intrapsychique dépressive qui serait

indépendante des âges de la vie est une question centrale. Ainsi, à côté des aménagements de la subjectivation (R. Cahn, 1998) ou de la dépendance (P. Jeammet et M. Corcos, 2001), de nombreux auteurs considèrent que le processus d'adolescence se caractérise aussi par des aménagements spécifiques concernant la question humaine très générale de la dépressivité, ce qu'en d'autres termes on pourrait énoncer comme le maintien plus ou moins fragile de l'équilibre personnel entre illusion et déception (A. Braconnier, 2003). On comprend l'intérêt d'approfondir, pour chaque situation clinique singulière, cette articulation.

RAPPEL GÉNÉRAL : DEUIL ET DÉPRESSION

HISTORIQUE

En 1912, K. Abraham établit un parallèle entre l'angoisse et la dépression. La dépression serait au deuil ce que l'angoisse est à la peur. L'angoisse névrotique est issue du refoulement sexuel, ce qui la différencie de la peur : « de la même façon nous distinguons le sentiment de deuil ou de découragement de la dépression névrotique due au refoulement, c'est-à-dire déterminée par des motifs inconscients » (K. Abraham, 1912). Le deuil est l'émoi normal qui correspond à la dépression.

En 1917, S. Freud propose un autre parallèle entre les troubles psychiques narcissiques (autrement dit les psychoses schizophréniques) et la mélancolie. La mélancolie serait au deuil ce que le trouble psychique est à la psychologie du rêve : « de même que la psychologie des rêves nous permet de comprendre la symptomatologie des troubles psychiques narcissiques, de même l'étude du deuil doit nous permettre de comprendre la mélancolie » (S. Freud, 1917).

Ainsi la comparaison entre deuil et dépression est confirmée : « dans les deux cas les circonstances déclenchantes, dues à l'action d'événements de la vie, coïncident elles aussi, pour autant qu'elles apparaissent clairement. Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. L'action des mêmes événements provoque chez de nombreuses personnes, pour lesquelles nous soupçonnons de ce fait l'existence d'une prédisposition morbide, une mélancolie au lieu du deuil » (*idem*). Mais Freud explicitera peu à peu les différences entre le deuil et la dépression (J.L. Lang, 1976).

1) Le deuil est normal car il est surmonté après une certain laps de temps (le travail de deuil). Il est donc inopportun et nuisible de le perturber.

2) Le deuil présente tous les symptômes de la mélancolie sauf la diminution du sentiment d'estime de soi.

3) Dans la dépression, Freud propose deux facteurs supplémentaires :

– la régression narcissique à l'objet perdu : le sujet va l'intérioriser et vivre comme si lui-même était maintenant cet objet ;

– l'ambivalence : l'objet perdu n'était pas seulement un objet d'amour mais aussi de haine. Le sujet va donc attaquer cet objet intériorisé, le détester et ce mouvement prendra la forme de l'auto-accusation, caractéristique des dépressions.

L'ORGANISATION DÉPRESSIVE DE BASE

Nous arrivons ainsi peu à peu à la théorie d'une organisation dépressive. S. Freud décrit huit points. Abraham en ajoute cinq.

Les huit points de Freud :

1) la perte d'objet ;

2) le désir d'incorporer l'objet. Tendance naturelle de la vie libidinale de ces sujets ;

3) la tendance narcissique ;

4) la partie de soi dévalorisée est la réplique intérieure de l'objet perdu ;

5) la dépréciation de soi (différence avec le deuil) ;

6) l'ambivalence ;

7) l'autoagression ;

8) celui qui accuse est une puissance morale (Surmoi).

Les cinq points d'Abraham qui viennent s'y ajouter :

1) la constitutionnalité ;

2) la prédisposition durant l'enfance. Il faut que l'enfant ait vécu un sentiment douloureux ;

3) un autre aspect de la personnalité prédépressive est la relation ambivalente sur le mode anal : je le possède, je ne le lâche plus, et j'ai plaisir à le détruire ;

4) le futur déprimé maintient un tel type de relation puis régresse à une fixation orale : absorption pour essayer de conserver l'objet ;

5) l'héritier de l'objet disparu peut être le Surmoi et non le Moi, l'objet étant intériorisé sur le mode d'une instance qui condamne.

LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE LA DÉPRESSION

À partir de 1925, le modèle de S. Freud ou K. Abraham étant globalement conservé, la plupart des auteurs se partagent en deux grandes tendances :

– soit l'accent est mis sur telle ou telle dimension pour rendre mieux compte des différentes formes de dépression et surtout de leur étiopathogénie. Ainsi l'accent peut être mis sur la perte de l'estime de soi : la dépression « se définit par la dévalorisation de soi-même, l'autodépréciation douloureuse, elle est dépourvue d'idée consciente de culpabilité ; on est incapable de faire le mal, car on est incapable de faire quoi que ce soit… » (F. Pasche, 1969). L'origine de la dépression serait donc dans les difficultés rencontrées par l'enfant à élaborer l'Idéal du Moi primitif c'est-à-dire que « … la réalité lui offre assez d'amour pour qu'il trouve des compensations objectales au rabaissement de ses ambitions narcissiques… » ;

– soit l'accent est mis sur une conception psychogénétique et surtout développementale. En 1934, M. Klein introduit la notion de position dépressive infantile qui est, selon elle, une étape inévitable au cours du développement de la petite enfance. Selon la manière dont l'enfant traverse cette position, il sera ultérieurement plus ou moins exposé à la dépression (*cf. Enfance et psychopathologie*). De son coté, M. Mahler montre comment la réactivité dépressive de l'individu est liée aux avatars de la phase de séparation-individuation qu'elle s'est attachée à décrire

À la conception de M. Klein il faut opposer celle de J. Bowlby : la dépression infantile n'est pas inhérente au développement mais en représente un accident secondaire à un événement extérieur. On se rapproche ici de la comparaison entre deuil et dépression. Mais contrairement à Abraham ou à Freud, Bowlby attribue toute la dépression à la perte de l'objet externe et de l'estime de soi ; il n'y a pas de place pour l'agressivité. La dépression s'éloigne d'une structure psychopathologique pour se rapprocher d'un affect de base, noyau quasi biologique de la dépression.

Poursuivant dans ce sens, le psychanalyste Engel a développé la théorie suivante : l'angoisse et la dépression sont des modes de réponse humaine fondamentales d'origine innée face au danger. Si elles s'observent dans certaines espèces animales, elles sont universelles chez l'homme et surviennent précocement chez l'enfant humain. Les facteurs innés et environnementaux jouent ici un rôle fondamental au détriment de l'expérience subjective du sujet. Sandler et Joffe se situent dans la même lignée ; ils insistent cependant sur la faiblesse du Moi qui reconnaîtrait à travers la dépression son impuissance à l'égard de ses aspirations. L'augmentation des tentatives de suicide et des dépressions dans nos sociétés occidentales après la Seconde Guerre mondiale est ainsi expliquée par le conflit entre le besoin inné des liens d'attachement et l'exigence d'indépendance et d'individualisation (au-delà même de l'autonomie et de l'individuation) avec de plus fréquentes situations de séparation ou de rupture dans nos sociétés contemporaines, sources de fragilité du Moi du sujet. Cependant, ces situations ne sont pas sources systématiques de dépression et ne sont pas retrouvées dans toutes les dépressions. De plus elles peuvent être à l'origine d'autres états psychopathologiques.

Au total, trois grandes composantes s'observent dans toute conduite dépressive (D. Widlöcher, 1973) :

– une perte de l'objet et les avatars de la composante narcissique de la personnalité ;

– une problématique de l'agressivité, de la destruction et de l'ambivalence ;

– enfin un affect dépressif de base qui au niveau du comportement se manifeste par un retrait, une inhibition ou un ralentissement.

Ce rappel permet de mieux comprendre les raisons de la fréquence des questions psychologiques et psychopathologiques concernant le deuil et la dépression à l'adolescence.

L'ADOLESCENCE : DEUIL OU DÉPRESSION

L'adolescence est souvent décrite en des termes qui s'appliqueraient tout aussi bien à la description d'une dépression ou d'une lutte contre la dépression. En parlant de l'adolescence, on citera volontiers la tristesse, l'agitation, la colère. Nous venons de parcourir les différents aspects psychiques de la dépression : deuil et perte d'objet, repli narcissique et fixation orale, ambivalence et agressivité, enfin affect dépressif de base et son corollaire comportemental l'inhibition ou le ralentissement. Leur présence plus ou moins intense au cours du processus normal du développement de l'adolescent représente, fait incontestable, un argument en faveur de l'hypothèse qu'il n'y a pas d'adolescence sans dépressivité.

SÉPARATION. RUPTURE DES LIENS. PERTE

Ces termes ne sont pas équivalents : la séparation renvoit à une situation où la perte n'est pas consommée ; la rupture des liens à une situation à versant traumatique ; la perte d'objet à une situation où l'objet n'existera plus jamais comme avant dans la réalité. Toutefois, la fréquence de leur association à l'adolescence n'est plus à démontrer. Une des manifestations concrètes de l'adolescence est la séparation du milieu familial aussi bien au niveau du lieu de vie que des personnes de l'entourage ; P. Blos en a fait l'axe de compréhension principal à cet âge. De même les amis, les activités sociales scolaires ou professionnelles, les types de loisirs se modifient au gré des circonstances, des obligations et des projets d'avenir. La majorité de ces séparations s'effectuent au bénéfice de nouvelles rencontres, de nouveaux intérêts et de nouveaux objectifs. Mais à l'occasion de ces séparations des liens d'attachement profonds et anciens sont rompus ; dans cette aventure,

perte d'objet et perte narcissique guettent l'adolescent à chaque instant alternativement et souvent simultanément (A. Haim, 1970). Nous pouvons résumer ces pertes à quatre niveaux.

Au niveau du corps. — L'adolescent perd la relative quiétude de l'enfance. Les brusques modifications corporelles, le déficit instrumental transitoire et les « ennuis » physiologiques sont à certains moments difficilement contrebalancés par les potentialités naissantes et l'accession à de nouveaux plaisirs.

Au niveaux des parents. — L'adolescent doit réaliser une série de deuils. Le premier est celui de la mère refuge et entraîne avec lui le deuil de l'état du bien-être idéal d'union avec la mère. D'autre part, il y a le deuil des objets œdipiens d'autant plus difficile à dépasser qu'il se fait en présence de la personne réelle des parents. « Il ne s'agit plus, comme à l'entrée en latence, de refouler dans l'inconscient l'amour pour l'objet œdipien et d'intérioriser l'interdit du rival, tout en restant dépendant des images parentales et de la relation aux parents. Il s'agit de faire le deuil de l'investissement œdipien et de la dépendance aux parents, tout en aménageant un nouveau mode de relation tant interne qu'externe avec eux » (D. Gedance et coll., 1977). Alors que le deuil de la mère-refuge apparaît au début de l'adolescence, ce nouveau deuil, en forme de renoncement, intervient dans la seconde phase de l'adolescence.

Au niveau du groupe. — En ce qu'il médiatise l'ordre social et culturel, l'adolescent quitte le groupe familial et les proches de la famille pour entrer dans le groupe des pairs et des adultes, parfois distant du groupe familial au niveau des âges, des idéaux, des aspirations socioculturelles, des niveaux socio-économiques et des moyens d'existence.

Au niveau de soi, de ses mouvements et de ses formations psychiques. — Le réveil et le remaniement des positions infantiles associés à l'émergence de nouveaux investissements obligent l'adolescent à faire des choix qui, quels qu'ils soient, lui font subir une perte : choisir, c'est renoncer. De même, dans l'ambivalence fondamentale qui marque chacun de ses investissements objectaux et narcissiques il a sans cesse des choix à faire, source de pertes. Par exemple dans sa sexualité l'adolescent tente de s'orienter à travers divers aléas vers un choix d'objets nouveaux et doit alors faire le deuil de la bisexualité vécue jusque-là comme potentielle. Ce deuil de la bisexualité caractériserait la dernière phase de l'adolescence. Au niveau des formations psychiques les remodelages du Moi, du Surmoi ou de l'Idéal du Moi sont ressentis comme autant de pertes. Par moments l'adolescent ne reconnaît pas son Moi : il a le sentiment de l'avoir perdu. Le même

processus, tout aussi pénible, se déroule en ce qui concerne le Surmoi : l'adolescent sait en effet qu'il doit se remodeler une morale personnelle et se dégager d'une morale reçue et subie mais qui est une part essentielle de lui-même. Enfin, au niveau de son Idéal du Moi une double confrontation permanente s'instaure : celle entre la réalité et la mégalomanie, et celle entre l'idéal parental que l'adolescent est amené à désinvestir et l'image d'objet idéal parfait remplissant la vacuité laissée par l'idéal parental et ne tardant pas à son tour à être décevant.

LA RÉGRESSION NARCISSIQUE

« En fait pour autant que l'adolescent se détache de ses objets d'amour infantile, il traverse une longue période où les préoccupations et les objectifs narcissiques sont temporairement privilégiés aux dépens des tendances véritablement orientées vers les objets » (E. Jacobson, 1964). L'intensification de ce narcissisme ouvre la voie à un mouvement régressif. Or il n'y a pas de dépression sans régression narcissique. Cette régression, composante naturelle du processus de l'adolescence, contient donc un potentiel dépressogène. Elle peut être à l'origine de sentiments de honte, d'infériorité, de perte de l'estime de soi : l'écart entre ce que l'adolescent est et ce qu'il voudrait être augmente encore avec la régression et finit par entraîner une atteinte de l'estime de soi. Mais ces sentiments de honte peuvent également être à la base d'une compulsion à la vengeance, d'une rage narcissique, origine des comportements agressifs contre les autres et contre soi-même.

L'AGRESSIVITÉ ET L'AMBIVALENCE

L'agressivité trouve une partie de ses origines dans cette rage narcissique. Elle se dirige comme le souligne H. Kohut (1974) ou bien vers le Soi-corporel, cause de maladies psychosomatiques, ou bien vers le Soi-objet : c'est la dépression destructive pouvant aller jusqu'à l'autodestruction.

La réactivation des pulsions prégénitales est une autre source de l'agressivitée, en particulier la réactivation des pulsions agressives orales et anales. Rappelons qu'elles sont chez tout individu déprimé une composante fondamentale de la « structure dépressive de base ». À cette réactivation s'associent l'ambivalence et des fantasmes d'incorporation avec toutes les vicissitudes qui accompagnent ce type de relation d'objet, en particulier l'autoagressivité et la tendance à la mort. « Si dans le fantasme de la première croissance il y a la mort, dans celui de l'adolescence il y a le meurtre. Même si, au moment de la puberté, la croissance se fait sans crises majeures, des problèmes aigus d'aménagement peuvent intervenir parce que grandir

signifie prendre la place du parent, et c'est bien ainsi que cela se passe. Dans le fantasme, grandir est, par nature un acte agressif » (D.W. Winnicott, 1971).

L'AFFECT DÉPRESSIF DE BASE

L'isolement, le retrait, le ralentissement associés à des activités réduites au minimum et des accès de pessimisme ne sont pas rares chez l'adolescent. Ces attitudes évoquent ce qui a été décrit précédemment dans le mode de réponse de l'homme au danger, en particulier au danger de rupture des liens d'attachement, évoquant par là l'affect dépressif de base. Il est cependant nécessaire de préciser les formes particulières de ce qui pourrait évoquer à l'adolescence cet affect dépressif de base qui se révèle par ce qu'on pourrait appeler une « dysthymie pubertaire ».

L'humeur dépressive. — L'humeur dépressive est « un regard dévalorisant porté sur soi-même et qui vient colorer de déplaisir les représentations, les activités et les affects » (C. Hollande, 1976). Sans être constante, cette humeur dépressive se rencontre fréquemment chez l'adolescent surtout au travers des fréquentes « sautes d'humeurs », beaucoup plus caractéristiques à cet âge qu'une humeur stable et continue quelle qu'elle soit. Cette humeur dépressive représente néanmoins une menace car considérée généralement comme un moment dépressionnel, elle peut signaler le début d'une perte d'estime de soi. Si celle-ci s'aggrave, si l'hémorragie narcissique s'accentue, le sujet bascule dans la dépression qui une fois constituée tend à l'autoaggravation. Cependant, en règle générale, le pronostic de l'humeur dépressive est beaucoup moins sombre ; intermittente, elle est le plus souvent dissipée par le surgissement d'un mouvement inverse lié à un idéal du Moi de rechange extériorisé sur une action, une idéologie, un groupe ou un individu. L'humeur dépressive représente beaucoup plus un signal d'alarme qu'un signe d'installation dans une structure stable. Elle diffère en cela de la tristesse du déprimé car elle est susceptible d'endiguer le mouvement dépressif naissant par un mécanisme de dégagement : elle est un signal d'alarme suivi d'une tentative de maîtrise.

L'ennui. — Monotonie, manque d'intérêt, fatigue sont des expressions évoquant l'ennui. Le déroulement du temps qui paraît s'écouler trop lentement accompagne également ce sentiment. « L'ennui est caractérisé par une attente vague de quelque chose et une incapacité à supporter cette attente » (A. Clancier, 1977). L'ennui se rencontre à tous les âges de la vie mais le modèle de cet état nous paraît être l'adolescent qui reste des heures dans sa chambre devant son travail ou bien dans un café devant une boisson sans

pouvoir se décider à bouger ou à agir. L'ennui s'accompagne presque toujours d'inhibition, inhibition des affects, inhibition motrice, inhibition intellectuelle. L'ennui paraît faire écran aux conflits internes, aux fantasmes angoissants. Il semble souvent être le représentant d'un état dépressif plus ou moins latent ou profond. Il n'en est rien : l'ennui correspond à une érotisation du sentiment de la durée, à une maîtrise anale du temps. Au cours d'une cure psychanalytique, l'ennui est souvent utilisé pour empêcher le surgissement d'un moment dépressif et à ce titre l'ennui peut être considéré comme une défense contre la dépression.

La morosité. — La morosité est un aspect particulier qui peut être évoqué dans la clinique des états dépressifs d'une part, à l'adolescence d'autre part : « nous n'avons pas trouvé d'autre mot pour définir cet état particulier à certains adolescents, qui n'est pas la dépression, avec son caractère d'angoisse, d'inhibition formelle, de culpabilité exprimée, etc. et qui n'est pas la psychose… C'est un état qui manifeste plutôt un refus d'investir le monde des objets, des êtres… Rien ne sert à rien, le monde est vide. Ces formules pourraient paraître dépressives, mais elles ne sont pas intégrées dans le cadre thymique. Elles sont compatibles avec une énergie apparemment conservée. Elles sont actuellement extrêmement fréquentes… » (P. Mâle, 1971). Si cet état caractérise beaucoup d'adolescents, il ne faut cependant pas le confondre avec une dépression.

CONCLUSION

L'analyse des différentes lignes psychodynamiques du processus normal de l'adolescence permet d'aborder plus profondément la question posée initialement : « l'adolescence : deuil ou dépression ? »

Par rapport au deuil, dans le travail de l'adolescence, les pertes peuvent y être multiples et simultanées, le Moi y est affaibli, l'altération de l'estime de soi y est fréquente, le travail y est plus complexe, plus riche et répond à des significations et des déterminations fort diverses, mais surtout une partie de ces pertes ne sont pas subies, elles sont agies, parfois même désirées (A. Braconnier, 1995).

Par rapport à la dépression, dans le travail de l'adolescence, la durée est plus longue, il s'agit d'un véritable travail psychique avec ses mouvements progrédients et régrédients, la quantité d'énergie est plus grande et surtout des possibilités dynamiques persistent alors que le déprimé reste figé devant les restes de son bonheur perdu.

L'adolescent, comme l'endeuillé, entreprend un travail qui le mènera loin de la situation douloureuse. Pour A. Haim, (1970) « la différence essentielle entre la dépression et l'adolescence est d'ordre dynamique ». De plus, les

manifestations affectives les plus fréquentes à l'adolescence, humeur dépressive, ennui, morosité, semblent être considérées, à tout âge, plus comme un signal d'alarme ou des défenses vis-à-vis de la dépression que comme des états dépressifs proprement dits.

Aussi malgré des traits communs incontestables, assimiler l'adolescence à un état de deuil ou à une dépression constituée apparaît comme une simplification excessive. L'adolescence oscille en fait entre deux pôles : d'un côté l'expérience de la perte et donc la mise en place d'un travail sinon de deuil du moins de renoncement, de l'autre l'émotionalité dépressive ouverte par la régression narcissique qui, trop intense, devient une véritable menace dépressive. Plus que la description statique d'une « dépression-adolescence » quelle qu'en soit la finesse, l'étude des mécanismes d'adaptation, de protection, de défense, de lutte, de déni, leur souplesse ou leur figement, leur efficacité en terme de développement ou leur inefficience, doit constituer un angle de vue préférentiel chez tout adolescent inscrit dans une problématique dépressive.

Cette « dysthymie pubertaire » développementale représente l'arrière-plan de toute la problèmatique des dépressions chez l'adolescent. Il ne s'agit pas simplement d'une discussion théorique mais bien plus d'un enjeu pragmatique par ses conséquences en termes de choix thérapeutiques.

CLINIQUE

Les grandes variations dans la sémiologie de la dépression à l'adolescence correspondent aux larges divergences de point de vue des cliniciens, deux conceptions s'opposant schématiquement :

1) la dépression se manifeste par une sémiologie volontiers « masquée » à cet âge. Cette position est soutenue par des cliniciens qui prennent surtout en compte les mécanismes psychiques d'adaptation ou de défense dans une perspective psychodynamique. Ainsi, de nombreuses conduites pathologiques ont pu être rattachées à une « dépression ». Il faut ici distinguer soigneusement deux situations très différentes :

– soit certaines conduites ou symptômes occupent la scène clinique mais la symptomatologie dépressive est présente si on la recherche, l'adolescent la reconnaît et une alliance thérapeutique est possible autour de cette problèmatique. On peut effectivement parler ici de dépressions masquées ;

– soit ces mêmes conduites ou symptômes semblent isolés et l'adolescent se défend vis-à-vis de toutes manifestations dépressives dont les signes, quand ils sont retrouvés par le clinicien, sont farouchement déniés. Ils n'apparaîtront parfois clairement que quelques années plus tard. Ici le terme d'équivalents dépressifs est beaucoup plus adapté ;

2) la dépression dans sa forme caractéristique, en particulier l'épisode dépressif majeur mais aussi le trouble bipolaire, est beaucoup plus fréquente à l'adolescence qu'il est habituel de le dire. Les critères diagnostiques rigoureux des classifications internationnales ont grandement contribué au succès de ce point de vue et ont eu le mérite de dégager la question de la dépression à l'adolescence d'une gangue théorique qui, il faut le reconnaître, a contribué à en obscurcir les limites.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Ces différentes positions expliquent les variations importantes concernant les taux de prévalence et d'incidence de la « dépression » à l'adolescence. Prend-on en compte l'épisode dépressif majeur (EDM) uniquement, la dysthymie ou la dépressivité, les équivalents dépressifs, la tristesse et la morosité ou encore l'épisode « subdépressif » ? Prend-on en compte, comme période de référence, uniquement l'état actuel ou celui des trois, six, dix-huit derniers mois, voire plus ? En outre, certaines équipes s'orientent d'emblée vers une étude du contexte étiologique ou des mécanismes psychopathologiques. Instruments d'allure scientifique, les échelles d'évaluation constamment utilisées dans toutes les études épidémiologiques d'envergure contiennent par leur construction même toutes ces questions et ces variations potentielles. De plus, la source d'information influe grandement sur les résultats : les taux sont les plus élevés quand l'adolescent lui-même est l'informateur, un peu moins quand il s'agit des parents ou des enseignants, beaucoup moins quand il s'agit de professionnels de santé mentale, psychiatres ou psychologue. Dans ces conditions que reflètent les chiffres abondamment publiés ? L'étude de D. Marcelli (1990) sur une population d'adolescents consultants objective bien ces écarts : 39,8 % de ces consultants présentent une plainte de nature dépressive et/ou une sémiologie d'allure dépressive ; mais si on retient les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur selon le DSM-III-R ce taux chute à 9,1 % des cas auxquels il convient d'ajouter éventuellement 6,8 % de troubles dysthymiques.

Ainsi pour la dépression majeure de l'adolescent, les taux de prévalence varient :

– pour la période des trois derniers mois entre 0,03 % (E.J. Costello et coll., 1996) et 4,4 % (Bailly et coll., 1992) ;

– pour les six derniers mois entre 0,4 % et 3,6 % (Verhulst et coll., 1997) ;

– pour les douze derniers mois entre 2,2 % et 16,7 % (Fergusson et coll., 1993).

Une méta-analyse de E.J. Costello et coll. (2006) portant sur 36 études représentant environ 60 000 patients conclue à des taux de prévalence globale de 2,8 % chez les moins de 13 ans (écart de 5 %) et de 5,6 % entre

13 et 18 ans (écart : 3 %), avec dans cette tranche d'âge selon le sexe, chez les filles : 5,9 %, chez les garçons : 4,6 %.

À côté de cette dépression majeure, il existe une « ambiance dépressive » dont les taux varient de 28 à 44 % selon la rigueur des critères diagnostiques exigés (comme exemple l'étude de Fleming et coll. en 1989 donne en population générale d'adolescents de 12 à 16 ans des taux de 1,8 % avec forte certitude, de 7,8 % avec certitude moyenne, de 43,9 % avec faible certitude en utilisant des critères dérivés du DSM-III-R).

L'épisode dépressif majeur dure sept à neuf mois en moyenne avec 90 % de rémissions 18 à 24 mois après le début des troubles mais avec un taux de récidives de 40 % à 2 ans et de 70 % à 5 ans (Birmaher et coll., 1996).

Pour l'âge de début, il semble exister un effet séculaire avec une augmentation des taux de prévalence dans les générations les plus jeunes (Weissman et coll., 1999) et un âge de début plus précoce (Burke et coll., 1991), augmentation qui semble toutefois stabilisée depuis les années 1965 (E.J. Costello et coll., 2006).

Concernant le sexe, pour l'épisode dépressif majeur, le croisement des courbes de prévalence se produit autour de l'âge de 14 ans (T.J. Wade et coll., 2002), mais plus qu'à l'âge, la différence fille-garçon est corrélée au stade III de Tanner : c'est à ce stade que l'incidence de la dépression devient plus importante dans le sexe féminin alors qu'auparavant elle l'était plus dans le sexe masculin (A. Angold et coll., 1998).

Enfin, les prévalences de la dysthymie et du trouble bipolaire sont difficiles à évaluer de façon rigoureuse, les premières du fait de critères diagnostiques pas assez précis (voir ci-dessus), les secondes du fait de la relative rareté du trouble bipolaire typique chez l'adolescent avec de nombreux tableaux cliniques trompeurs. Toutefois, la prévalence du trouble bipolaire sous toutes ses formes est en moyenne évaluée autour de 1 %, prévalence qui tombe à 0,1 % si on ne prend en compte que le trouble bipolaire typique de type I (P.M. Lewinsohn et coll., 1995).

L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (EDM)

Son diagnostic repose sur la recherche des signes caractéristiques décrits dans le DSM (tableau 9-I) en particulier l'humeur dépressive et/ou l'irritabilité, la diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, deux symptômes présents pratiquement toute la journée et tous les jours. Par rapport à l'adulte, l'adolescent exprime rarement une plainte de nature dépressive, plus volontiers masquée derrière l'irritabilité ou l'hostilité. Il convient de distinguer l'irritabilité (symptôme s'inscrvant dans la relation : l'adolescent « s'énerve » trop facilement quand il parle avec quelqu'un même si la discussion est en apparence agréable) de l'impulsivité (symptôme s'inscrivant dans

TABLEAU 9-I. – *Épisode dépressif majeur.*

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. **N.B. :** Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur. (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure). **N.B. :** Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent. (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédent 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue. (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur). (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade). (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

le registre pulsionnel : l'adolescent « s'énerve » quand il n'obtient pas ce qu'il désire ou veut même quand il est seul, par exemple en faisant quelque chose). Élément caractéristique, le comportement de l'adolescent semble très différent de ce qu'il est habituellement, l'entourage déclarant volontiers : « on ne le reconnaît plus… », ce qui marque le changement net par rapport à l'état affectif précédent.

Précisons qu'il existe de grandes différences entre un EDM d'intensité légère (compatible avec une vie sociale et scolaire en partie préservée) et un EDM d'intensité sévère avec ou sans manifestations délirantes réalisant au maximum un tableau de mélancolie. Le diagnostic d'EDM est un diagnostic catégoriel (les critères du diagnostic sont présents) et non pas un dignostic d'intensité/gravité.

Cet EDM doit être systématiquement recherché devant tout problème psychopathologique à l'adolescence compte tenu d'une habituelle « comorbidité » (dans le modèle de compréhension type DSM). En effet, d'autres manifestations ou troubles sont fréquemment associés : symptômes d'anxiété

ou d'angoisse, troubles du comportement, consommations de produits, troubles du comportement alimentaire, etc. Ces derniers peuvent monopoliser l'attention du clinicien d'autant que, contrairement à l'adulte, l'adolescent n'exprime quasiment jamais directement et spontanément de plainte dépressive. Il y a cependant des incidences très concrètes dans la prise en charge.

Par ailleurs, en l'absence de diagnostic rapide, les inéluctables complications liées à cet épisode dépressif risquent rapidement d'occuper le premier plan, tel que les difficultés scolaires ou les consommations de produit d'allure autothérapeutique.

Enfin, l'évaluation des idées, des intentions et des projets suicidaires fait évidemment partie de l'indispensable bilan clinique. En raison de leur importance, mais aussi d'un lien très complexe et non-univoque avec la dépression, les tentatives de suicide font l'objet d'un chapitre spécifique.

LE TROUBLE BIPOLAIRE

Chez l'adolescent le trouble bipolaire, appelé auparavant psychose maniaco-dépressive, est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'imaginait antérieurement. Toutefois le taux de prévalence de ce trouble dépend beaucoup de la rigueur des critères diagnostiques, surtout si on prend en compte non seulement le trouble bipolaire de type I (BP I : existence d'au moins un épisode maniaque) mais aussi le trouble bipolaire II (BP II : existence d'un épisode hypomaniaque) et le « trouble bipolaire non spécique » (BP NOS : fluctuations de l'humeur et autres manifestations décrites ci-dessous).

À cet âge se trouvent regroupées d'un côté les questions posées par les limites sémiologiques du trouble bipolaire comme c'est ausssi le cas chez l'enfant (prépubaire), et de l'autre celles liées à la continuité sémiologique, psychopathologique, neurocognitive de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte d'un trouble bipolaire. Vingt à quarante pour cent des adultes bipolaires déclarent que leur maladie a commencé dès l'enfance ou surtout à l'adolescence (J.D. Lish et coll., 1994), début initié en général par un épisode dépressif.

Concernant la sémiologie de la dépression, il n'y a pas d'argument permettant de trancher en toute certitude en faveur d'un épisode propre à un trouble bipolaire. On a pu noter le début rapide, la profondeur de l'état dépressif d'allure mélancolique, la présence plus fréquente que chez l'adulte (30 à 70 % des cas) de manifestations psychotiques congruentes ou non à l'humeur (Geller et Luby, 1997). À cela peuvent s'ajouter le contexte génétique familial, le virage de l'humeur sous antidépresseur. Concernant l'épisode maniaque ou hypomaniaque, on observe plus souvent des manifestations délirantes telles que les « bouffées délirantes aigues » (voir sur ce point précis le chapitre 11 sur les états psychotiques), une humeur plus souvent dysphorique

que maniaque et dans nombre de cas la présence d'irritabilité et de conduites aggressives (B. Geller et coll., 2002; J. Pavulari et coll., 2005). Les formes à cycles rapides seraient plus fréquentes chez l'adolescent, fréquence encore aggravée par des traitements inappropriés (antidépresseurs prescrits seuls sans thymorégulateurs). Comme chez l'enfant, les frontières du trouble bipolaire de l'adolescent sont d'autant plus extensives qu'on inclut les patients qui présentent un trouble de la régulation de l'humeur presque toujours associé (comorbidité) à des troubles anxieux, des troubles du comportement, des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), des consommations de produits d'allure toxicomaniaque. Cette comorbidité rend plus difficile le diagnostic positif du trouble bipolaire à l'adolescence et représente aussi un facteur de mauvais pronostic en particulier du fait d'une mauvaise observance thérapeutique (Delbello et coll., 2007). Certains auteurs insistent sur la nécessité de mieux différencier les patients avec un trouble bipolaire typique et ceux chez lesquels on retrouve des fluctuations thymiques avec ces diverses manifestations comorbides : ainsi l'irritabilité ne serait présente chez les adolescents bipolaires typiques que pendant la durée de l'épisode alors que cette irritabilité serait permanente chez les adolescents avec les troubles comorbides (S.N. Ghaemi et A. Martin, 2007). Inclure les seconds dans la catégorie des troubles bipolaires apparait discutable pour ces auteurs. On parvient ici aux limites d'une approche purement phénoménologique, descriptive et catégorielle. Cependant ces discussions ne sont pas purement académiques car elles ont des conséquences très concrètes sur le plan des statégies thérapeutiques ! Que convient-il de privilégier : une action thérapeutique et/ou préventive de régulation de l'humeur, un traitement symptomatique de l'épisode, une approche psychothérapeutique autorisant une élaboration par l'adolescent de la problématique dépressive (voir le paragraphe : abord thérapeutique)? Pendant trop longtemps ces actions ont été présentées comme exclusives les unes des autres. De nos jours, le principe d'un traitement multifocal est plus facilement admis, encore faut-il savoir coordonner ces diverses interventions pour qu'elles prennent sens aux yeux de l'adolescent (et de ses parents), les séquencer correctement (par quoi commencer, poursuivre, quand interrompre ce traitement, maintenir celui-la, etc.) et éviter toute hiérarchie de valeur (le vrai traitement c'est le médicament ou la psychothérapie ou la thérapie familiale, l'autre traitement n'étant qu'un adjuvant plutôt superflu !). Ces questions ont d'autant plus d'acuité que le trouble bipolaire commençant à l'adolescence plus souvent par un épisode dépressif que par un épisode maniaque typique, il est assez difficile de poser ce diagnostic dès ce premier épisode. De même un début marqué par des manifestations délirantes type épisode délirant aigu risque malgré les mutiples recommandations édictées d'orienter le diagnostic du côté des troubles psychotiques. On le constate, les enjeux thérapeutiques sont présents dès le tout début des troubles alors que le clinicien est loin de pouvoir disposer des éléments de présomption diagnostique suffisants.

APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE : LES DIFFÉRENTS TYPES DE DÉPRESSION

Les analogies entre « travail psychique d'adolescence » et « processus dépressif » nous ont fait décrire en introduction à ce chapitre un véritable « travail de renoncement » que tout adolescent doit entreprendre pour se désengager, au moins en partie, de ses investissements d'enfance (D. Marcelli et E. Berthaut, 2001). Ce travail de renoncement dont l'expression clinique s'apparente à une véritable « dysphorie pubertaire » (labilité de l'humeur, crises de larmes, etc.) fragilise temporairement l'individu et peut aussi rendre compte des particularités psychopathologiques des dépressions à cet âge. En effet, quand une dépression survient à l'adolescence, quelqu'en soit sa forme, on observe toujours une participation narcissique importante. Celle-ci provient directement de la remise en cause des assises narcissiques de la petite enfance et du remaniement de l'idéal du moi caractéristique de cette période (*cf.* chap. 1, Les modèles de compréhension). De façon schématique, trois modèles peuvent se dégager.

Le « syndrome de menace dépressive » (A. Braconnier, 1987). — Cette crise anxio-dépressive témoigne directement du conflit psychique entre la nécessité de se désengager des premiers objets d'amour (les objets parentaux, et surtout l'objet œdipien direct, le parent de l'autre sexe) pour investir un nouvel objet d'amour (le(la) petit(e) ami(e)). L'adolescent doit donc accepter le risque de se déprendre de l'objet d'amour œdipien, connu et rassurant, pour s'éprendre d'un objet d'amour nouveau, inconnu et énigmatique. Pour prendre ce risque, l'adolescent doit pouvoir imaginer que ce nouvel objet d'amour sera au moins aussi satisfaisant et gratifiant que l'objet d'amour infantile. Cette inéluctable tension et ce travail normal de séparation peut être entravé à l'occasion de situations particulières (perte d'un parent, divorce, « défaillance parentale »). L'apparition, plus ou moins brutale, d'une appréhension de l'avenir, ou même d'une terreur intense de se sentir envahi par la tristesse, le cafard et des idées suicidaires amènera l'adolescent à ressentir un état de tension psychique et physique important qui ne disparaîtra pas spontanément. Bien au contraire, d'un état anxieux et déprimable, l'adolescent peut passer à un état dépressif et même franchement déprimé. L'angoisse est toujours dans le temps la manifestation initiale et qualitativement la plus bruyante. Elle correspond à une lutte du sujet contre le danger qui semble le menacer. Peu à peu dans le cas présent, cette lutte paraît de plus en plus pénible, la réponse dépressive apparaît, s'intriquant un moment à la réponse anxieuse pour progressivement la remplacer. Le plus souvent cet état est bref en raison de l'établissement de relations nouvelles ou du développement de nouveaux intérêts. Ces réactions anxio-dépressives surviennent volontiers dans la première partie de l'adolescence chez des

sujets qui, au cours de leur période de latence et de leur prépuberté, ont présenté des traits névrotiques phobiques ou obsessionnels dont l'intensité et les manifestations symptomatiques débordent le cadre du développement névrotique habituel.

La « maladie d'idéal » ou les dépressions par perte d'estime de soi. — Quittant le temps de l'enfance et l'ombre portée parentale, l'adolescent s'avance désormais avec un sentiment de relative nudité. Est-il à la hauteur du regard d'autrui? Il y a chez tout adolescent un sentiment potentiel d'infériorité, en lien avec le travail de l'idéal du moi. Rappelons l'aphorisme de Blos : « Si le Surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe, l'Idéal de Moi est l'héritier de l'adolescence » (*cf.* chap. 1, Les modèles de compréhension). Être à la hauteur de son propre idéal implique que le modèle interne ne soit pas mégalomaniaque et que le modèle externe ne présente pas des exigences inaccessibles. Le « Soi grandiose » (H. Kohut, 1974) est une élaboration défensive fréquente à l'adolescence, condensation habituelle d'une image œdipienne grandiose (par exemple l'image d'un père grandiose) et d'un Moi Idéal mégalomaniaque infantile. Bien évidemment l'intransigeance surmoïque condamne sévèrement la médiocrité du Moi en comparaison de cet idéal grandiose inaccessible. En clinique, ces dépressions prennent volontiers la forme de dépressions d'infériorité caractérisées par la pertre de l'estime de soi : sentiment d'être nul, insuffisant, de n'être jamais à la hauteur, de ne jamais pouvoir répondre aux aspirations (les siennes et celles des autres). Le repliement, l'esquive, la fuite sont les stratégies préférées afin de préserver quelques lambeaux narcissiques d'espoir. Cependant face à cet idéal grandiose, le moi formule un jugement d'autant plus sévère que le Surmoi intransigeant issu de l'enfance reste le seul lien aux objets œdipiens précoces. Pour S.J. Blatt (2004) ces personnalités « auto-critiques » se définissent par un besoin excessif de réalisations personnelles, une vulnérabilité aux dépressions internes quand ces exigences ne sont pas atteintes (ce qui est en général le cas) avec d'intenses sentiments d'infériorité et de culpabilité.

Les dépressions à prévalence narcissique. — Pour engager un travail de renoncement encore faut-il qu'il y ait un objet auquel il soit possible de renoncer sans que cela ne constitue une amputation de soi. Autrement dit, une différenciation suffisante entre l'investissement de soi et l'investissement de l'autre est indispensable pour que le renoncement (temporaire) à l'autre ne suscite une menace pour l'assise narcissique et une perte irrémédiable pour l'image de soi. Cette différenciation (soi/autrui) n'est possible que si les besoins primaires ont été satisfaits : en répondant à ces besoins, l'objet d'étayage primaire permet l'établissement d'une image de soi suffisamment secure pour que, dans un second temps, il soit possible de se séparer de cet objet primaire sans éprouver une menace trop importante pour la représentation de soi. Âge où la tension narcissico-objectale est particulierement vive, toute défaillance narcissique primaire risque ainsi de se révéler au moment de

l'adolescence sous la forme d'une menace d'effondrement narcissique plus ou moins grave. La dépression d'abandon (J.F. Masterson, 1986) en est un exemple. Ces formes de dépression sont dominées par des sentiments de vide, d'abandon, des souvenirs douloureux de séparation avec une crainte de catastrophe. Ces éprouvés affectifs sont si douloureux et intolérables que l'adolescent réagit aussitôt par des passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs, des conduites violentes pour tenter d'externaliser cette souffrance et pour mieux la dénier. Le passage à l'acte doit être empêché (enfermement, contention) pour que ces affects dépressifs fassent irruption. Cette dépression survient volontiers chez des adolescents dont l'histoire infantile révèle des carences précoces. La dépendance est un trait caractéristique de ces personnalités (S.J. Blatt, 2004) avec une fréquente incapacité à générer des représentations matures de soi-même et des relations interpersonnelles stables.

FAMILLE, ENVIRONNEMENT, ÉVÉNEMENTS DE VIE

Dans le cas d'adolescents déprimés, l'environnement familial est souvent considéré comme une partie du contexte étiopathogénique, en fonction des multiples « événements de vie » qui peuvent atteindre l'adolescent, les diverses conditions énumérées ci-après étant en général désignées comme des « facteurs de risque » dans les travaux épidémiologiques analytiques *(cf.* chap. 4, Épidémiologie des conduites). Cependant, les problèmes ne se situent pas de la même façon selon le type de dépression présentée.

Dans le cas de la réaction anxiodépressive, l'environnement familial et les évènements de vie qui s'y associent jouent souvent un rôle déclenchant : conflit conjugal, séparation et/ou divorce des parents, maladie grave, climat de violences familiales avec ou sans alcoolisme, décès d'un parent, chômage et difficultés professionnelles pouvant entraîner la dépression d'un parent ; à l'inverse on rencontre parfois un contrôle excessif des parents, une famille à transaction rigide, entravant le souhait de séparation-autonomisation de l'adolescent qui ne peut l'exprimer que sous la forme d'une rupture ou de cette menace d'effondrement dépressif. Mais le milieu familial peut jouer aussi un rôle protecteur lorsque cette réaction anxiodepressive est liée à l'échec d'une relation amoureuse, à une rupture sentimentale, à une difficulté scolaire ou professionnelle ou à une relation conflictuelle avec un autre adolescent ou un groupe de pairs.

Dans le cas de la dépression d'infériorité, l'idéal mégalomaniaque de l'adolescent est souvent entretenu par l'un des parents qui a depuis longtemps projeté son propre idéal mégalomaniaque sur son enfant. À travers leurs enfants, ces parents se défendent de leur propre dépression laquelle envahit l'adolescent quand il est confronté à la nécessité d'un choix et d'un engagement personnel.

Dans le cas de la dépression d'abandon, on comprendra facilement que les parents peuvent être directement concernés en particulier la mère dans la mesure où cette forme de dépression est comprise psychogénétiquement comme la reviviscence à l'adolescence de sentiments d'abandon survenus entre un an et demi et trois ans. Quand le grand enfant et plus encore l'adolescent cherche à s'individuer et/ou s'autonomiser, il est confronté aux difficultés de la mère à supporter cette séparation, ce qui la conduit à décourager ou disqualifier ces désirs d'individuation en retirant tout appui à son enfant. Ainsi naissent les premiers sentiments d'abandon. Rappelons que pour J.F. Masterson cette mère souffre elle-même d'un syndrome borderline. Au moment de la seconde phase d'individuation-séparation que constitue l'adolescence, la séparation de l'environnement, sous la forme d'une séparation physique ou affective concrète, réactive le sentiment d'abandon intrapsychique qui est retourné dans l'inconscient, mais qui a bloqué pour toute l'enfance la démarche évolutive vers une autonomie intrapsychique profonde. Cette situation se rencontre dans les « histoires abandonniques » mais aussi dans les « histoires trop symbiotiques ». Les « histoires abandonniques » sont celles où l'on retrouve dans le passé de l'adolescent de nombreux placements et une série de séparations ratées successives. Les « histoires trop symbiotiques » sont celles où l'on retrouve fréquemment un adolescent très attaché à sa mère, attachement renforcé ou non par des situations concrètes : fils ou fille unique, mère élevant seule son fils ou sa fille, etc.

Dans le cas de la dépression mélancolique et des troubles bipolaires, il est relativement fréquent de retrouver chez l'un ou l'autre parent une pathologie identique au point que cette constatation est un signe important du diagnostic. Personne ne nie aujourd'hui les arguments nombreux en faveur d'une transmission génétique des troubles bipolaires. Toutefois, le seul point de vue génétique nous paraît trop restrictif : lorsqu'un adolescent présente une dépression de type mélancolique et que l'un ou l'autre parent a le même type d'affection, les mouvements identificatoires et contre-identificatoires doivent être pris en ligne de compte. Un risque non négligeable d'évolution vers une caractéropathie ou un effondrement psychotique de type schizophrénique est à craindre chez l'adolescent qui refuse plus ou moins consciemment de ressembler à son père ou à sa mère et par conséquent refuse souvent toute alliance de soin et toute observance thérapeutique durable.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Tous types de dépression confondus, le taux de récidive dépend à l'évidence de la durée du suivi avec un taux de récurrence de 50 % à 3-5 ans (M. Kovacs, 1996). Le taux de récidive serait supérieur à 60 % (Harrington, 1997) à l'âge adulte, différent en cela de la dépression de l'enfant. Les

travaux récents orientent plus qu'on ne le supposait sur un risque élevé de rechute dépressive au cours de la vie adulte d'adolescent ayant présenté un premier « épisode dépressif majeur » à cette époque de leur existence, et ce indépendamment de l'organisation psychopathologique en cause (D.S. Pine et coll., 1998). Toutefois, l'évolution au long cours de l'épisode dépend à la fois de la dimension psychopathologique, des troubles de personnalité éventuellement associés et surtout de l'alliance de soin avec la qualité de l'observance thérapeutique..

Dans le cas des *réactions anxio-dépressives*, l'évolution est souvent rapide vers une disparition de l'état dépressif et une réapparition plus franche des traits de fond de la personnalité. Pour la *dépression d'infériorité* et peut-être encore plus pour la *dépression d'abandon*, l'évolution va dépendre essentiellement du traitement envisagé, de son application et de son déroulement. L'évolution vers une pathologie du caractère reste une menace moindre pour l'adaptation du sujet qu'un effondrement psychotique toujours possible chez des adolescents présentant ce type de dépression. Enfin pour la *dépression mélancolique et les troubles bipolaires*, l'âge de survenue et la durée de la maladie ne semblent pas apparaître comme des facteurs déterminants pour l'évolution (G. Carlson et M. Strober, 1979).

Quant au trouble bipolaire, les suivis de cohorte montrent que si une majorité de sujets s'améliorent après le premier épisode (85 % après six mois d'évolution : critère de différenciation de la schizophrénie), nombre d'adolescents concervent des symptomes modérés (dits sub-syndromiques), 52 % environ présenteront au moins un des symptômes du trouble dans les trois mois suivant la récupération et 80 % auront un ou plusieurs épisodes de récidive dans les deux à cinq années suivantes. Il existe des difficultés d'adaptations sociales fréquentes avec un échec ou un décrochage scolaires (B. Birmaher, 2007). Une comorbidité (TDA/H, consommation de produit, troubles anxieux), un statut socio-économique inférieur, une mauvaise observance thérapeutique aussi bien médicamenteuse que psychothérapeutique sont des facteurs de mauvaise évolution (Delbello et coll., 2007). La précocité du diagnostic et du traitement constitue enfin un facteur important dans le pronostic : B. Birmaher (2006) considère que chaque année de retard dans le traitement d'un adolescent bipolaire diminue de 10 % la qualité de la récupération.

ABORDS THÉRAPEUTIQUES

Comme on l'a vu au début de ce chapitre, la question de la dépression-dépressivité et celle de l'adolescence ont plus d'un point commun. Si, chez un adolescent, il est indispensable de traiter efficacement une dépression qui fige et entrave toute possibilité d'élaboration psychique, il est tout aussi important de savoir respecter ce même travail d'élaboration où les questions

du renoncement, de la perte, de la dépressivité-morosité sont centrales. Le traitement d'une dépression ne doit pas s'apparenter au déni systématique de toute forme de souffrance dépressive ! La mise sur le marché de traitements antidépresseurs présentant apparemment moins de risques secondaires et de maniement plus facile (les inhibiteurs de recapture de la sérotonine, IRS, en particulier) a conduit nombre de cliniciens à élargir, peut-être au-delà du raisonnable, l'acte de prescription médicamenteuse. Quelques incidents (tentative de suicide avec les produits prescrits) ont fort justement rappelé à l'ordre les praticiens en insistant sur la priorité à donner à une approche relationnelle et/ou environnementale d'une part, et d'autre part sur l'impérieuse nécessité de ne jamais se limiter à la seule prescription d'une molécule en guise de traitement d'une dépression chez un adolescent. Nous serons ici extrêmement brefs, ne dégageant que les axes essentiels du traitement. Devant l'adolescent dépressif, l'abord thérapeutique peut porter sur l'adolescent et/ou sur son environnement.

Thérapie relationnelle. — Qu'il s'agisse d'entretiens à la demande, d'une psychothérapie brève ou longue, d'une psychothérapie interpersonnelle ou cognitive (thérapie cognitivo-comportementale : TCC), d'une psychothérapie de soutien, psychanalytique ou d'un psychodrame analytique, ce type d'approche est de toute façon souhaitable. L. Vaneck (1978) insiste sur « la valeur restructurante des rencontres avec leur double sens d'identification et du renforcement narcissique par la prise en considération d'eux-mêmes par le thérapeute ». Ces thérapies durent le plus souvent de six à douze mois et permettent une relance du « plaisir à penser » avec les investissements nouveaux qui l'accompagnent. Toutefois dans quelques cas, la mobilisation affective suscitée par la relation thérapeutique ne semble aboutir qu'à réactiver la souffrance dépressive. Les thérapies longues s'avèrent alors nécessaires, sans doute plus facilement réalisables dans le cas de dépression d'infériorité et dans les réactions anxio-dépressives lorsque l'aspect névrotique de la personnalité apparaît clairement derrière cette réaction. Cependant la dépression d'abandon et le syndrome borderline qui y est fréquemment associé bénéficient aussi d'une approche relationnelle, même si la difficulté est ici de supporter et de comprendre les passages à l'acte, les ruptures momentanées et les transgressions à la règle en permettant au jeune d'accéder peu à peu au sens de ses conduites par l'analyse progressive et prudente du transfert. Là aussi comme pour l'adolescent psychotique, le psychodrame peut être une technique de choix qui, par le renversement des rôles, permet une représentation des extériorisations et des projections. Dans le cas des troubles bipolaires, les récents suivis de cohortes semblent montrer que la psychothérapie (sous ses diverses formes, en particulier TCC, les plus étudiés) permet d'obtenir des périodes de remission plus longues que les autres approches thérapeutiques utilisées isolément (R.A. Kowatch et coll., 2005).

Accompagnement des parents. — L'aide apportée aux parents est tout aussi importante dans le domaine de la dépression de l'adolescent que dans le cas du jeune enfant. Elle devrait être quasi systématique, mais n'est pas toujours réalisable. Rappelons avec D.W. Winnicott l'importance de la mère réelle et du père réel ; les parents doivent survivre. Le thérapeute ne doit pas se situer en meilleur parent en face des parents réels, risque souvent non négligeable. Aussi, concernant cette aide, il faut se garder d'exiger des parents plus qu'ils ne peuvent accepter et se rappeler constamment qu'en règle générale, c'est à l'adolescent de changer et non pas aux parents.

Intervention sur l'environnement. — Comme pour le très jeune enfant, l'intervention sur l'environnement peut modifier nettement l'enlisement qui s'instaure dans un climat dépressif vécu par l'adolescent lui-même, mais aussi par ses proches. Cette intervention est de nature très diverse : changement de lycée, de section, aménagement d'un lieu de vie différent de celui de l'enfance, hospitalisation pour que les conflits puissent s'exprimer et être « travaillés » sans être agis répétitivement, recherche d'un milieu « tiers » institutionnel ou non (foyer thérapeutique, internat, etc.). Cette intervention doit cependant avoir toujours pour but qu'un processus de séparation-individuation ou qu'un travail de deuil s'élabore ; elle doit se comprendre dans la constitution d'un cadre pour un travail psychothérapique ou psychanalytique.

Traitements médicamenteux. — Leur rôle n'est pas négligeable quand le ralentissement psychomoteur et l'affect dépressif de base entravent complètement ou partiellement l'abord relationnel, quand les diverses approches précédentes s'avèrent incapables de relancer une mobilité psychique suffisamment souple. Ce traitement doit être discuté avec l'adolescent lui-même puis avec les parents, les effets bénéfiques attendus et les limites du traitement doivent être clairement expliqués (J.C. David et D. Marcelli, 2005) : par exemple, si le traitement médicamenteux peut être efficace sur le ralentissement, le sentiment de fatigue ou les troubles du sommeil, il n'a aucune efficacité sur les conflits avec les parents, les tensions relationnelles avec les uns ou les autres, etc. La durée de prise du médicament (au moins quatre et de préférence cinq à six mois) doit être précisée avec le risque de rechute (différent du risque de récidive et à différencier aussi d'une dépendance médicamenteuse) en cas d'interruption trop précoce. Si elles existent, les idées suicidaires doivent être abordées et la capacité ou non de l'adolescent à les contrôler doit faire l'objet d'une discussion entre l'adolescent et le prescripteur (l'existence de symptômes impulsifs chez un adolescent déprimé constitue assurément une contre-indication à une prescription en ambulatoire, d'où la nécessité d'initier ce traitement en milieu hospitalier). Enfin la question de l'observance doit être abordée de même que les inévitables oublis ponctuels pour lesquels il faut proposer une stratégie alternative. Ces préalables sont indispensables pour espérer une observance satisfaisante et une utilisation adéquate du produit.

Les antidépresseurs : ils devront être choisis selon leur rapidité d'action, la modération de leurs effets secondaires, l'effet anxiolytique associé. En l'état présent, quand le syndrome dépressif est majeur, nous proposons un antidépresseur IRS (G. Emslie et coll., 2001) en monothérapie. Il y a en pratique de plus en plus de prescriptions mais les études contrôlées restent rares : elles montrent un effet d'autant plus évident que le syndrôme dépressif est net, mais cet effet est souvent limité dans le temps, les quelques suivis au long cours (six mois et plus) laissent apparaître peu sinon aucune différence avec le groupe placébo. Les effets secondaires sont identiques à ce qui est observé chez l'adulte et les mêmes précautions de prescription devront être prises. Récemment la question du passage à l'acte suicidaire sous anti-dépresseurs, en particulier IRS, a fait l'objet d'un large débat public poussant l'Agence européenne du médicament et l'Afssaps en France à émettre des avis de prudence et de restriction (déc. 2004, avril 2005). L'évaluation du surcroit de risque est extrêmement difficile dans la mesure où le passage à l'acte suicidaire fait partie inhérente de la sémiologie dépressive ! Concernant le suicide, la méta-analyse de Giggons et coll. (2006) sur 264 cas entre 5 et 14 ans (dont 260 concernent des sujets de 10 à 14 ans) conclue après le contrôle des variables influentes que le suicide apparaît moins fréquent chez l'enfant et l'adolescent quand des anti-dépresseurs IRS sont prescrits à dose efficace. En revanche, dans une méta-analyse comparant 71 TS chez 1 487 (4,8 %) adolescents déprimés recevant des anti-dépresseurs versus 38 TS chez 1 254 (3,0 %) adolescents déprimés recevant un placébo, R.D. Dubicka et coll. (2006) concluent sur le fait qu'il y a une légère augmentation du taux de TS chez ceux qui recoivent un anti-dépresseur mais cette augmentation n'atteint pas le seuil de significativité statistique. Il faut répéter à cette occasion que, pour nous, prescrire un antidépresseur à un adolescent déprimé doit impérativement s'accompagner d'un suivi relationnel effectif et suffisamment fréquent (deux fois par mois minimum). Prescrire dès la première consultation cet anti-dépresseur sans autre mode d'approche peut être tenu comme une maltraitance médicale. Les résultats préliminaires à douze semaines de traitement de l'étude TADS (*Treatment for Adolescents with Depression Study*) vont en ce sens : les adolescents ayant présenté un EDM critères DSM-IV ont une meilleure évolution quand ils ont reçu un IRS (fluoxetine) et une thérapie cognitivo-comportementale que lorsqu'ils ont reçu l'un ou l'autre séparemment ou seulement un placébo. En outre, quand ils ont reçu l'IRS seul on note deux fois plus de tentative de suicide que dans les autres stratégies thérapeutiques (J. March et coll., 2006).

Thymorégulateurs : pour les troubles bipolaires (voir la synthèse de A. Consoli et coll., 2007), la prescription de stabilisateurs de l'humeur est indispensable. On choisira de préférence les anticonvulsivants (divalproate, carbamazepine) selon les posologies et les précautions analogues à celles de l'adulte. Le lithium n'est utilisé qu'en cas d'inefficacité patente des précé-

dentes molécules et quand les arguments diagnostiques sont très solides, d'autant que l'efficacité du lithium semble moins importante chez le jeune adolescent. L'épisode maniaque peut être traité par des thymorégulateurs seuls quand il n'y a pas de manifestations psychotiques associées. Si l'effet bénéfique tarde à venir, l'association d'un antipsychotique est recommandée (olanzapine, rispéridone, etc.), prescription nécessaire d'emblée quand il existe des manifestations psychotiques. Pour l'épisode dépressif, outre l'antidépresseur (voir ci-dessus), la prescription de thymorégulateurs d'emblée est hautement souhaitable quand il existe des arguments consistants en favenr d'un trouble bipolaire afin d'éviter un virage de l'humeur et le risque d'installation de cycles rapides (installation qui semble facilitée par la prescription d'antidépresseurs isolément : B. Birmaher et coll., 2006). Concernant le traitement au long cours, l'interruption précoce du traitement thymorégulateur semble favoriser les récidives (A. Consoli et coll., 2007) mais la question centrale est celle de l'observance : peu d'adolescents (et de parents) acceptent de continuer à prendre durablement (c'est-à-dire plus de 18 à 24 mois) un traitement de ce type quand en apparence il n'y a plus de symptômes !

La sismothérapie : son indication est relativement exceptionnelle chez l'adolescent mais il faut accepter d'y recourir quand les traitements médicamenteux bien conduits (plusieurs antidépresseurs essayés, chacun pendant une durée suffisante et à une posologie correcte) restent sans effet dans le cas d'une dépression mélancolique, surtout délirante. Il n'y a pas de recommandation particulière en France, contrairement aux États-Unis (*Practice Parameter*, 2004), mais il paraît indispensable de recueillir plusieurs avis dont ceux de professionnels ayant l'expérience de ce type de traitement et de le réaliser avec une équipe expérimentée (A. Consoli et coll., 2007).

La prévention. — Elle paraît à l'évidence essentielle. Elle se situe aussi bien au niveau de la première enfance comme le montre en particulier la dépression d'abandon, qu'au niveau de l'adolescence. En effet, quelle que soit la forme que prend l'abandon, l'environnement a volontiers tendance à ne pas reconnaître cet état chez l'adolescent en attribuant à telle ou telle conduite un caractère bénin et provisoire qui aurait tendance à se résoudre tout seul. La reconnaissance et le traitement d'une dépression à l'adolescence permettent en outre de réaliser un travail préventif vis-à-vis des éventuels troubles ultérieurs de l'âge adulte. Ce n'est pas le moindre effet.

BIBLIOGRAPHIE

BIRMAHER B., AXELSON D., STROBER M. et coll. : Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2006, *63*, 175-183.

BRACONNIER A., CHILAND D., CHOQUET M., POMAREDE R. : *Dépression. Adolescentes, Adolescents.* Bayard, Paris, 1995.

GELLER B., LUBY J. : Child and adolescent bipolar disorder : a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, *36*, 9, 1168-1176.

MARCELLI D., BERTHAUT E. : *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence.* Masson, Paris, 2001.

PAVULARI M.N., BIRMAHER B., NAYLOR M.W. : Pediatric bipolar disorder : a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2005, *44*, 9, 846-871.

AACAP OFFICIAL ACTION : Practice parameter for use of Electroconvulsive Therapy with adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2004, *43*, 12, 1521-1538.

ABRAHAM K. : Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. *In : Œuvres complètes.* Payot, Paris, 1965.

ANGOLD A., ERKANLI A., SILBERG J. et coll. : Depresion scale scores in 8-17 year-olds : effect of age and gender. *J. Child Psychology Psychiatry*, 2002, *43*, 8, 1052-1053.

BAILLY D., ALEXANDE J.Y., COLLINET C., BEUSCART R., PARQUET PH.-J. : La dépression chez l'adolescent. À propos d'une enquête réalisée auprès d'une population d'adolescents scolarisés. *Psychiatrie et Psychologie*, 1990, *5*, 363-373.

BIRMAHER B. : Longitudinal course of pediatric bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry*, 2007, *194*, 537-539.

BLATT S.J. : *Experiences of depression : theorical research and clinical perspectives.* Washington D.C., American Psychological Association Press, 2004.

BRACONNIER A. : Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique. *Le carnet PSY*, 2003, *83*, 30-37.

BRACONNIER A., FERRARI P. : Moment dépressif chez les adolescents présentant une organisation névrotique phobique ou obsessionnelle. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, *24*, 329-339.

BURKE K.C., BURKE J.D., RAE D.S., REGIER D.A. : Comparing Age at Onset of Major Depression and other Psychiatric Disorders by Birth Cohorts in Five U.S. Community Populations. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1991, *48*, 789-795.

CAHN R. : *L'adolescent dans la psychanalyse.* Paris, PUF, 1998.

CARLSON G., STROBER M. : Affective disorders in adolescence. *Psychanal. Clin. North America*, 1979, *2*, 511-526.

CLANCIER A. : Intervention. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1977, *36*, 197-201.

CONSOLI A., DENIAU E., HUYNH C. et coll. Treatements in child and adolescent bipolar disosrders. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007, *16*, 187-198.

CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET P. : *Les conduites de dépendance*. Masson, Paris, 2003.

COSTELLO E.J., ERKANLI A., ANGOLD A. : Is there an epidemic of chidl or adolescent depression? *J. Child Psychology And Psychiatry*, 2006, *47*, 12, 1263-1271.

DAVID J.C., MARCELLI D. : Peut-on et comment prescrire un psychotrope chez un adolescent? *Rev. Prat.*, 2005, *55*, 1081-1088.

DELBELLO M.P., HANSEMAN D., ADLER C.M., FLECK D.E., STRAKOWSKI S.M. : Twelve-Month outcome of adolescents with bipolar disorder following first hospitalization for a manic or mixed episode. *Am. J. Psychiatry*, 2007, 164, 4, 582-590.

DUBICKA B., HADLEY S., ROBERTS C. : Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants. *Br. J. Psychiatry*, 2006, *189*, 393-398.

DUGAS M., MOUREN M.C. : *Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans.* PUF, Paris, 1980.

EMSLIE G., MAYES T. : Mood disorders In children and adolescents : Psychopharmacological treatment. *Biol. Psychiatry,* 2001, *49*, 1082-1090.

FEINSTEIN S.C. : Manic-depressive disorder in children and adolescents. *Adol. Psychiatry*, 1982, *10*, 256-272.

FERGUSSON D.M., HORWOOD L.J., LYNSKY M.T. : Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnosis in a birth cohort of 15 years old. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1993, 32, 1127-1134.

FERRARI P., BRACONNIER A. : La dépression d'infériorité de l'adolescent. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, *24*, 319-323.

FLEMING J.E., OFFORD D.R., BOYLE M.H. : Prevalence of Childhood and Adolescent Depression in the Community. *British J. Psych.*, 1989, *155*, 647-654.

FREUD S. : Deuil et mélancolie. *In : Métapsychologie.* Gallimard, Paris, 1968.

GEDANCE D., LADAME F., SNAKKERS J. : La dépression chez l'adolescent. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1977, *36*, 257-259.

GELLER B., ZIMMERMAN B., WILLIAMS M. et coll. : Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder : exemple of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts hypersexuality. *J. Child Adolesc. Psychopharmacolol.*, 2002, *12*, 1, 3-9.

GHAEMI S.N., MARTIN A. : Defining the boundaries of Childhood Bipolar Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 2007, *164*, 185-188.

GIBBONS R.D., HUR K., BHAUMIK D.K., MANN J.J. : The relationship between antidepressant presciption rates and early adolescent suicide. *Am. J. Psychiatry*, 2006, *163*, 1898-1904.

HAIM A. : *Les suicides d'adolescents.* Payot, Paris, 1910.

HARRINGTON R. : Évolution de la dépression. *In :* M.C. Mouren, M. Bouvard, R. klein. *Les dépressions de l'enfant et de l'adolescent*. Expansion scientifique, Paris, 1997.

HOLLANDE C. : L'humeur dépressive comme défense contre la dépression. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1976, *40*, 1081-1091.

JACOBSON E. : *The self and the object world.* New York International Universities Press Inc., 1964.

JEAMMET P., CORCOS M. : *Évolution des problématiques à l'adolescence.* Paris, Doin, 2001.

KOHUT H. : *Le Soi, la psychanalyse des transferts narcissiques.* PUF, Paris, 1974, 1 vol.

KOVACS M. : Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J. Am. Acad. Child adolesc. Psychiatry*, 1996, *35*, 705-715.

KOWACS, BECK A.T. : An empirical, clinical approach toward a definition of childhood depression. *In : Depressions in childhood* (J.G. SCHULTER-BARDT, A. RASKIN, Éds.). New York Revue Press, 1977.

KOWATCH R.A., FRISTAD M., BIRMAHER B. et coll. : Child psychiatric Workgroup on Bipolar disorder : treatement guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2005, *44*, 213-235.

LANG J.L. : Bibliographie historique des œuvres et récits de S. Freud sur : dépression deuil, mélancolie, manie, suicide et mort. *Psychanal. à l'Université*, 1976, I, *4*, 725-744.

LEWINSOHN P.M., KLEIN D.N., SEELEY I. R. : Bipolar disorders in a community of older adolescents : prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J. Am. Acad. Child Adolenc. Psychiatry*, 1995, *34*, 4, 454-463.

LISH J.D., DIME-MEENAN S., WHYBROW P.C. et coll. : The national depressive and manic-depressive association (DMDA) survey of bipolar members. *J. Affect. Disord*., 1994, *31*, 281-294.

MALE P. : Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence. *Confront. Psychiat.*, 1971, *7*, 103-123.

MARCELLI D., FAHS H. : Relation entre dépression et suicide à l'adolescence. *Nervure*, 1995, *8*, 1, 26-34.

MARCH J., SUSAN S., BENEDETTO V. : The treatment for adolescents with depression study : methods and message at 12 weeks. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2006, *45*, 12, 1393-1403.

MASTERSON J.F. : Sur les traces de la triade borderline. *La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui*. Ladame F. et Jeammet P. ed., PUF, Paris, 1986, 1 vol.

MAZET Ph., SIBERTIN-BLANC D. : Dépressions de l'adolescence et carence de soins maternels. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, *24*, 309-318.

PASCHE F. : De la dépression. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1963, *27*, 191-222.

PINE D.S., COHEN P., GURLEY D. et coll. : The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, *55*, 56-64.

VANECK L. : Réflexion à propos de quelques psychothérapies d'adolescents dépressifs et suicidaires. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, *26*, 359-392.

VERHULST F., VENDERENDE J., FERDINAND R., KASIUS M. : The prevalence of DSM-III-R diagnosis in a national sample of Dutch adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1997, 54, 329-336.

WADE T.J., CAIRNEY J., PEVALIN D.J. : Emergence of gender differences in depresion during adolescence : National panel results from three countries. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2002, *40*, 2, 190-198.

WEISSMAN M., WOLK S., WICKERMARATNE P. et coll. : Children with prepubertal-onset major depressive disorder an anxiety grown up. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 1999, *56*, 794-801.

WIDLÖCHER D., BINOUX F. : La clinique de la dépression. *Rev. Prat.*, 1978, *28*, 2959-2962.

WINNICOTT D.W. : *Jeu et réalité.* Gallimard, Paris, 1975.

10 LES TENTATIVES DE SUICIDE*

GÉNÉRALITÉS ET DÉFINITION

La tentative de suicide est une des conduites les plus significatives de l'adolescence. Par ses caractéristiques épidémiologiques, elle se distingue assez nettement des tentatives de suicide de l'enfant et de celles de l'adulte. Par l'impulsivité fréquente qui préside à sa réalisation elle pose le problème fondamental à cet âge de la mise en acte, du passage à l'acte. Par l'attaque directe du corps, elle illustre la remise en question complète du rapport que l'adolescent entretient avec son corps. Par le désir de meurtre des images internes, elle représente une caricature du « travail de deuil » que ce même adolescent doit accomplir. Par le contexte dépressif qui l'entoure habituellement, la tentative de suicide pose le problème de la dépression en tant que vécu existentiel propre à l'adolescence.

Enfin, par la pression sur autrui qu'implique le geste suicidaire, par la réponse que l'adolescent attend de l'adulte, ses parents en tout premier lieu, la tentative de suicide doit être comprise comme un mode de communication, un geste ultime et parfois désespéré de maintenir ou de rétablir une relation aux autres, souvent malmenée jusque-là. La question de la réponse à la tentative de suicide est ainsi posée, avec son corollaire, toujours angoissant pour le thérapeute, du difficile problème des récidives.

Dans la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, CIM-10, ni le suicide ni la tentative de suicide ne sont répertoriés et on ne retrouve pas ces items dans l'index ! Au chapitre 20, en annexe, sont énumérées les « causes externes de morbidité et de mortalité, lésions auto-infligées » (avec la précision d'inclure les intoxications ou

* Chapitre rédigé avec la collaboration de Mickaël Humeau, ancien chef de clinique assistant, service universitaire de psychiatrie adulte, centre hospitalier Henri-Laborit, CHU de Poitiers.

lésions traumatiques volontaires, en ajoutant comme si cela n'était pas assez claire : tentative de suicide), suivies d'une longue liste descriptive des divers moyens, produits utilisés... Le DSM-IV ne réserve pas une meilleure place à la tentative de suicide : aucune catégorie diagnostique principale n'y est consacrée et on ne retrouve aucune citation de ces termes (suicide, tentative de suicide, parasuicide, etc.) dans l'index.

En même temps les articles scientifiques sur ce sujet abondent dans la littérature ! Cette absence de critères diagnostiques, aussi bien d'inclusion que d'exclusion sur lesquels ces travaux reposent, pourrait être acceptable si la tentative de suicide répondait à une définition univoque, simple et communément partagée. Il n'en est rien. Un groupe de travail international a tenté de définir ce qu'il a appelé le « parasuicide « (terme préféré à « tentative de suicide » pour ne pas prendre en considération la dimension de l'intentionnalité et se limiter à une description aussi neutre que possible de l'acte lui-même) (S. Platt et coll., 1992), mais à ce jour aucune définition n'a pu être publiée faisant l'objet d'un consensus. Toutes les enquêtes en population générale se basent sur le sentiment subjectif de celui qui déclare avoir effectué une « TS » ! D'une certaine manière le sujet s'auto-définit lui-même et c'est à partir de cette base on ne peut plus approximative que nombres d'études analysent les multiples variables et facteurs de risque en élaborant des méthodologies supposées rigoureuses et scientifiques : le sigle TS semble parfois fonctionner comme un sésame magique qui se suffit à lui-même.

À ce flou identificatoire s'ajoutent des imprécisions descriptives rendant difficiles les comparaisons d'une étude à l'autre. Ainsi lorsque l'on parle des « jeunes » ou des « adolescents » ou des « jeunes adultes », les classes d'âge retenues sont rarement identiques : 12-18 ans ; 15-19 ans ; 15-24 ans, 18-24 ou 25 ans, 15-34 ans, etc. Que compare-t-on dans ces conditions? Ces précisions sont un préambule indispensable en raison du nombre exponentiel de publications sur ce thème, même en se limitant strictement à la question des tentatives de suicide à l'adolescence, publications qui dans une large mesure sont dominées par les études épidémiologiques aussi bien descriptives qu'analytiques (étude des facteurs de risque).

Le suicide est en passe de devenir la première cause de mortalité chez les jeunes européens passant devant les accidents de circulation (C. Pawlak, 1995), même si les variations restent importantes d'un pays à l'autre (en France, la mortalité par accident de circulation reste largement devant la mortalité par suicide : environ trois fois plus). Acte qui, toujours, désigne comme responsable et coupable (quoi qu'on puisse en dire l'amalgame se fait toujours) l'entourage de celui qui le commet et la société dans laquelle il vit, ce que, depuis E. Durkheim, les travaux des sociologues démontrent régulièrement, le suicide, affaire « médicale », conduit le clinicien à privilégier les facteurs de causalité individuels et proximaux sur lesquels il pense avoir plus de possibilités d'action : il y a ainsi une sorte de consensus pour

faire du suicide et de la TS une affaire « privée », plaçant le médecin face à une irréductible ambiguïté (D. Marcelli et M. Humeau, 2006).

Quant aux tentatives de suicide (TS) proprement dites, leur proportion par rapport aux suicides est plus élevée à l'adolescence qu'aux autres âges de la vie. Énonçons d'emblée quatre caractéristiques reprises dans la suite :

– au plan épidémiologique, les TS ont à l'adolescence une incidence plus élevée qu'aux autres âges de la vie et cette incidence ne semble pas décroître tandis que la mortalité par suicide n'a pas une incidence particulièrement élevée si on la compare aux autres âges de la vie, en particulier le suicide des personnes âgées. De plus, cette mortalité est en léger recul depuis quelques années, du moins en France (de 966 décès par suicide en 1993 à 604 décès en 1999) (P. Alvin et D. Marcelli, 2005) ;

– au plan sémiologique et structurel, la grande difficulté d'appréhension des TS de l'adolescent provient du fait que deux facteurs principaux se conjuguent en proportion variable : une dimension dépressive, une dimension impulsive. Or d'une part, la sémiologie dépressive est à l'adolescence de repérage parfois délicat, d'autre part ces deux lignes, dépression et impulsivité, entretiennent des rapports complexes ;

– au plan pronostique, la TS de l'adolescent est dominée par la question de la récidive : celle-ci apparaît d'autant plus fréquente que le premier passage à l'acte est survenu chez un sujet jeune. De ce point de vue il est important d'avoir à l'esprit la remarque suivante : un jeune qui fait une TS, c'est d'abord et avant tout un jeune qui veut vivre... mais autrement. Concernant le pronostic, toute la question sera donc d'évaluer les possibilités de changement, que celui-ci concerne directement l'individu, son cadre familial ou environnemental ;

– au plan communautaire enfin, la TS semble de plus en plus souvent devenir un langage social entre les mains de l'adolescent qui revendique par ce geste une place de victime et cherche plus ou moins ouvertement à assujettir la réalité à ses exigences. Le discours social sur la TS est bien évidemment entendu par les adolescents et semble produire un incontestable effet iatrogène, c'est du moins ce que l'observation clinique semble montrer par la multiplication de ces situations aux urgences hospitalières...

S'il est assez aisé d'identifier une TS soit par la déclaration de son auteur, soit par la nature des lésions constatées, il est en revanche plus difficile d'entreprendre sur le moment une évaluation approfondie de la situation dès que le risque vital est écarté. Pourtant cette évaluation est indispensable compte tenu de la fréquence des récidives, fréquence qui croît proportionnellement au cumul des facteurs de risque. La qualité de cette évaluation peut aussi être considérée comme un élément du soin mais les conditions de cette évaluation ne s'inscrivent pas dans un consensus.

Reste la question des équivalents suicidaires. On désigne sous ce terme ou celui de « conduites suicidaires », un ensemble de conduites au cours desquelles la vie du sujet est objectivement mise en danger du point de vue

d'un observateur tiers alors même que le sujet soit dénie la dangerosité de la conduite incriminée, soit, bien que reconnaissant le danger, dénie toute intention suicidaire à sa conduite. Il existe un continuum allant de la prise de risque sinon banale du moins fréquente à cet âge, à la conduite dangereuse en passant par les équivalents suicidaires pour aboutir aux tentatives de suicides proprement dites. Il n'est pas rare d'ailleurs de retrouver dans les antécédents récents d'un adolescent ayant effectué une tentative de suicide de telles conduites à risque : accidents de circulation avec ou sans dommages corporels, pratique de sport à risque sans respect des consignes de sécurité, conduite d'un véhicule en état d'alcoolisation, excès de vitesse et non-respect du code, etc. On peut retrouver aussi des antécédents d'ivresse(s) aiguë(s), d'accident(s) d'overdose, de comportements violents, etc. Si incontestablement ces conduites peuvent apparaître comme un « jeu avec la mort », une sorte d'ordalie (*cf.* chap. 13, Dépendances), il s'agit plus souvent pour ces sujets de rechercher les signes d'une toute puissance (nés sous une bonne étoile il ne peut jamais rien leur arriver !) venant combler un sentiment négatif de soi. Ces sujets ne se reconnaissent pas d'intention suicidaire délibérée. Il convient donc d'être assez prudent et réservé quant à l'utilisation de ces termes, le risque étant de généraliser à l'excès leur usage faisant perdre à la notion de tentative de suicide et de conduite suicidaire toute spécificité. Il est préférable de parler de « conduites à risque » lesquelles doivent attirer l'attention du clinicien tout en conservant une utile différenciation.

ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE

En France, comme dans beaucoup de pays industrialisés, le suicide est la seconde cause de décès derrière les accidents parmi les 15-24 ans. En 1993, 7,9 % de l'ensemble des décès par suicide concernaient des jeunes de 15-24 ans. La mortalité moyenne par suicide dans cette tranche d'âge est de 7,7 pour 100 000 (aux États-unis : 1,5 pour 100 000 chez les 10-14 ans, 8,2 pour 100 000 chez les 15-19 ans [M. Gould et coll., 2003]), soit une proportion déjà égale à la moitié de celle enregistrée tous âges de la vie confondus (15,6 pour 100 000). Les garçons sont très sur-représentés, la mortalité par suicide concernant 8 garçons pour 2 filles. Les décès par suicide sont généralement la conséquence du recours à des moyens à fort potentiel létal : pendaisons, armes à feu, chute d'une hauteur. En 1995 par exemple, 80 % des garçons et 60 % des filles décédés ont utilisé l'un de ces moyens (F. Facy et coll., 1998). La surmortalité chez les garçons s'expliquerait en grande partie par l'association plus fréquente chez ces derniers de conduites violentes et de consommation de substances toxiques. On constate toutefois une diminution du nombre de suicidés dans la tranche d'âge des 15-19 ans aussi bien en France qu'aux États-unis depuis la fin des années 80 (M. Gould et coll., 2003).

Dans une étude par « autopsies psychologiques » portant sur 53 suicides d'adolescents âgés de 13 à 19 ans, M.H. Martunnen et coll. (1991) retrouvent un trouble mental dans 94 % des cas dont 51 % de dépression, 26 % d'alcoolisme et 21 % de trouble de l'adaptation. Un suicidé sur trois présentait une pathologie de la personnalité. Ce type d'étude montre bien la gravité du contexte psychopathologique qui accompagne généralement le suicide, tout particulièrement la fréquence de l'état dépressif. Ceci contraste avec le fait qu'une proportion importante de ces jeunes semble n'avoir bénéficié d'aucune prise en charge psychologique avant leur suicide (D.A. Brent et coll., 1988). De même, A. Apter (1995) compare rétrospectivement les données d'une évaluation médico-psychologique réalisées environ dix-huit mois auparavant chez des sujets jeunes adultes qui, ultérieurement, se sont suicidés ou ont effectué un quasi-suicide (geste particulièrement grave dont la probabilité létale est élevée) à des sujets ayant effectué une TS « habituelle ». Les premiers se distinguent en particulier des seconds par des compétences physiques, cognitives et psychologiques plus élevées, une meilleure adaptation sociale apparente (au moment du bilan médico-psychologique), mais également « une plus grande prévalence de troubles psychiatriques graves, spécialement la dépression majeure au moment de leur geste suicidaire ». L'auteur conclue à une grande hétérogénéité psychopathologique sous-jacente au comportement suicidaire, hétérogénéité étroitement articulée avec le contexte psychosocial et la capacité de communication de l'individu. Ces résultats semblent montrer aussi que la population des « suicidés » ne recoupe pas exactement celle des « suicidants ».

En population générale, la fréquence des tentatives de suicide est estimée à 6,5 % (filles : 8 % ; garçons : 5 %, M. Choquet et S. Ledoux, 1994) et 1,3 % des adolescents ont été hospitalisés pour cette raison. Ces taux sont très voisins de ceux relevés dans d'autres pays : 3,3 à 8,3 % (M. Gould et coll., 2003 ; R.E. Roberts et coll., 1998 ; L. Wichstrom, 2000) Aux États-unis, l'enquête YRBS (*Youth Risk Behavior Survey*) rapporte un taux de 8,8 % de jeunes ayant effectué une TS et parmi ceux-ci 2,6 % ont effectué un geste médicalement grave (J.A. Grunbaum et coll., 2002). Contrairement aux suicides accomplis, la fréquence des TS est en augmentation depuis plusieurs décennies en France comme aux États-unis (R.E. McKeown et coll., 1998).

– *Âge :* rare avant 10 ans le geste suicidaire commence à apparaître vers 12 ans, l'incidence augmentant pour atteindre un pic entre 16 et 18 ans puis décroît ensuite surtout chez les jeunes femmes (P.M. Lewinsohn et coll., 2001).

– *Sexe :* l'écart entre la morbidité des tentatives de suicide et la mortalité par suicide en fonction du sexe est une donnée épidémiologique bien connue retrouvée dans la majorité des pays occidentaux. En moyenne, on note entre 15-24 ans une morbidité suicidaire de 500/100 000 chez les filles et de 200/100 000 chez les garçons alors que la mortalité est environ cinq fois plus élevée chez les garçons. Les filles ont plus d'idéations suicidaires graves

(23,6 %), préparent plus souvent un plan spécifique et commettent plus de tentatives que les garçons. Plusieurs auteurs ont constaté un profil différent chez les adolescents suicidaires en fonction du sexe (I. Gasquet et M. Choquet, 1995). Dans l'ensemble les garçons suicidaires présentent une surmorbidité psychologique (nervosité, dépressivité, crises de larmes, problèmes de sommeil) et fonctionnelle (spasmophilie, malaise), une augmentation de consommations de produits psychotropes, d'alcool (ivresse) et de produits illicites. Ces traits les différencient nettement des garçons non suicidaires. Les garçons suicidaires se rapprochent de la population féminine générale sur certains traits (signes d'allure dépressive, troubles fonctionnels). En outre, ils ont plus souvent que les filles suicidantes des problèmes scolaires : redoublement, situation d'échec scolaire. Selon Gasquet et Choquet : « Ces résultats suggèrent donc que la plus grande gravité des tentatives de suicide des garçons n'est pas seulement liée à la différence des moyens utilisés pour se suicider, mais est due également à des différences psychopathologiques... ». Les conduites associées à la tentative de suicide chez le garçon témoignent d'un « profil dépressif » plus marqué que chez les filles suicidaires.

ÉPIDÉMIOLOGIE ANALYTIQUE : LES FACTEURS DE RISQUE

INDIVIDUELS

Ces facteurs de risque individuels seront détaillés dans le paragraphe : pathologie associée.

***Antécédent de tentative de suicide.* —** Parmi les adolescents ayant effectué une tentative de suicide, on en retrouve en moyenne 25 % pour qui il s'agit d'une récidive. Ainsi le facteur de risque le plus puissant est représenté par l'existence d'une TS antérieure. Dans ce cas le risque est multiplié par 30. Inversement, parmi les jeunes qui ont effectué une TS le taux de récidive concerne de 1/4 à 1/3 des sujets. En outre, ce taux de récidive est lié à l'âge : plus le suicidant est jeune plus le risque de récidive est élevé (E. Bobin et Y. Sarfati, 2003). Cette dimension de récidive est donc très spécifique aux adolescents (voir ci-dessous).

Pathologie psychiatrique. — Un trouble dépressif est retrouvé chez 49 à 64 % des suicidants. La présence d'un tel trouble multiplie d'un facteur de 11 à 27 le risque de TS par rapport à la population générale (M. Gould et coll., 2003). L'abus de substance toxique est un facteur de risque en particulier chez les garçons et les adolescents les plus âgés. Les troubles des conduites

sont retrouvés chez 1/3 des adolescents suicidants. En revanche, les troubles bipolaires et la schizophrénie n'apparaissent pas, à l'adolescence, comme des facteurs probants.

Distorsions cognitives et traits de personnalité. **—** Tous les auteurs relèvent l'importance du sentiment de désespoir (M.O. Marcenko et coll., 1999; S.T. Russel et coll., 2001) mais le lien évident avec la dépression rend difficile l'appréciation du poids spécifique de ce facteur. Les jeunes suicidants sont souvent confrontés à des difficultés relationnelles et semblent faire preuve d'une faible compétence pour résoudre les problèmes interpersonnels, ce qui témoigne d'une incontestable vulnérabilité relationnelle (M. Gould et coll., 2003). Les comportements agressifs et impulsifs représentent un facteur de risque sur lequel nous reviendrons.

Orientation sexuelle. **—** L'homosexualité ou la bisexualité multiplierait par un facteur de 2 à 6 le risque de TS (D.M. Fergusson et coll., 1999; S.M. Blake et coll., 2001; J.S. Mc Daniel et coll., 2001).

Facteurs biologiques. **—** L'hypothèse d'un dysfonctionnement du système sérotoninergique fait l'objet de nombreuses études dans la population des suicidants et des suicidés adultes. Si cette hypothèse est largement reprise pour la population adolescente (M. Gould et coll., 2003), pour autant dans la revue de la littérature faite par ces auteurs aucune publication ne concerne spécifiquement les adolescents. De plus, P.J. Bennett et coll. (2000), dans l'Utah *Youth Suicide Study*, ne retrouvent pas d'association probante chez les adolescents examinés. Pourtant selon l'hypothèse de J.J. Mann et coll. (1999), cette dysrégulation de la sérotonine serait un facteur biologique de prédiction d'une réponse impulsive à un stress et prédisposerait en cela au suicide ou au geste suicidaire. Compte tenu de la fréquente composante impulsive observée chez les adolescents suicidaires (voir ci-dessous), il serait certainement pertinent d'approfondir cette hypothèse par des recherches ciblées. F. Askenazy et coll. ont d'ailleurs montré que les adolescents qui présentaient des conduites suicidaires récurrentes avaient majoritairement des traits impulsifs et anxieux (2003). Les adolescents qui ont effectué une seule tentative de suicide sans gravité particulière n'avaient ni trait impulsif ni trait anxieux.

FAMILIAUX

Antécédents familiaux de suicide ou de TS. **—** Le risque de suicide de l'adolescent est multiplié par 5 en cas de décès de la mère et par 2 en cas de décès du père (E. Agerbo et coll., 2002). P. McGuffin et coll., en 2001, dans

une méta-analyse qui prend en compte les éventuelles pathologies parentales associées considèrent que le suicide parental multiplie par un facteur de 2 le risque de suicide chez l'adolescent.

***Psychopathologie parentale.* —** Des taux élevés de psychopathologie parentale sont retrouvés en cas de suicide, d'idées suicidaires et de tentative de suicide chez l'adolescent (D.M. Fergusson et coll., 1995; M. Gould et coll., 1996). Dépression et abus de substances toxiques sont principalement retrouvés. Cette augmentation du risque persisterait chez l'adolescent même après ajustement de la variable troubles psychopathologiques de l'adolescent (D.A. Brent et coll., 1994), ce que ne retrouvent pas M. Gould et coll. (1996).

***Divorce parental.* —** La corrélation avec le divorce et la séparation parentale, souvent retrouvée et soulignée, est grandement atténuée si on prend en compte d'une part la psychopathologie parentale associée, d'autre part les facteurs de risque psychosociaux (A.L. Beautrais et coll., 1996; B. Groholt et coll., 2000).

***Relation parents/adolescent.* —** Une relation conflictuelle, tendue, entre l'adolescent et ses parents apparaît comme un facteur de risque qui cependant s'associe souvent aux troubles psychopathologies de l'adolescent ou des parents. Après ajustement des variables, la pauvreté des relations adolescent-parents et le sentiment d'insatisfaction exprimé conserve une valeur péjorative (M. Choquet et S. Ledoux, 1994).

ENVIRONNEMENTAUX

***Événements de vie stressants.* —** Échecs relationnels, en particulier rupture sentimentale, problème avec la justice, conflits avec les proches, surtout les pairs pour les adolescents les plus âgés, tous ces événements sont associés à un risque plus grand de suicide ou de TS.

***Violence physique, maltraitance, abus sexuel.* —** Il existe une corrélation positive entre maltraitance dans l'enfance et conduite suicidaire. Les comportements familiaux violents, que l'adolescent en soit la victime directe ou qu'il y soit exposé (assister à des scènes de violence entre les parents, voir un frère ou une sœur être maltraité) sont corrélés avec le geste suicidaire (A.L. Beautrais et coll., 1996; J. Renaud et coll., 1999). Les antécédents d'abus sexuel ont fait l'objet de nombreuses études. Deux d'entre elles ont cherché à contrôler les facteurs très fréquemment associés (D.M. Fergusson et coll., 1996; A.B. Silverman et coll., 1996). Après correction, il persiste

une augmentation de la suicidalité chez les jeunes qui ont des antécédents d'abus sexuels. Certains auteurs insistent sur le « climat incestuel familial » plus que l'abus sexuel proprement dit (X. Pommereau, 2001 ; P. Alvin, 1993). On peut en rapprocher les situations victimaires (bouc-émissaire) (K. Brunstein et col., 2007)

Facteurs socio-économiques. **—** Un faible niveau socio-économique pourrait représenter un facteur de risque mais les résultats dépendraient de la prise en compte des facteurs associés et pour de nombreux auteurs le statut socio-économique ne semble pas être corrélé avec le comportement suicidaire (D.M. Fergusson et coll., 2000).

Scolarité. **—** Des difficultés scolaires, un échec scolaire et plus encore une rupture avec la scolarité sont d'incontestables facteurs de risque, mais là encore habituellement associés aux autres facteurs précédemment cités.

Exposition au suicide ou à la TS. **—** Ce facteur semble assez spécifique aux adolescents et jeunes adultes, l'impact de la « contagiosité » semblant s'atténuer, voire disparaître chez les plus de 24 ans. Des « épidémies de suicides ou de TS » sont régulièrement rapportées chez les adolescents vivant en collectivité (ce qui est le cas de la grande majorité des jeunes, ne serait-ce qu'au travers de la fréquentation d'un établissement scolaire). Le risque de passage à l'acte suicidaire est d'autant plus grand que l'adolescent avait des liens de proximité affective avec la précédente victime. Certains auteurs ont également évoqué l'impact des médias (M. Gould et coll., 2003).

CLINIQUE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE

LES MOYENS

L'absorption orale de médicaments est de loin la méthode la plus utilisée (80 à 85 % des cas). Les filles y recourent encore plus fréquemment que les garçons. Le médicament utilisé est souvent celui même qui a été prescrit auparavant à l'adolescent lors d'une précédente consultation. L'absorption orale de produits toxiques divers existe aussi (produits ménagers, insecticides divers, etc.), mais elle est beaucoup plus rare. Signalons l'absorption orale ou parentérale (IV) de fortes doses de drogue (morphine en particulier). La distinction entre le suicide ou la tentative de suicide et l'accident par « overdose » n'est pas facile à établir. L'étude de ces « équivalents suicidaires » montre qu'ils ont de nombreuses caractéristiques communes avec les tentatives de suicide reconnues comme telles.

Les autres moyens des tentatives de suicide sont plus rares, contrairement à ce que l'on observe aux autres âges de la vie. Vient en tête la phlébotomie qui se situe à la limite entre le geste automutilateur localisé et l'intention suicidaire. Très loin derrière les précédentes méthodes, on observe parfois : défenestration, noyade, précipitation sous un véhicule (train, métropolitain), pendaison, arme à feu.

Il est classique de dire qu'il n'y a pas de parallélisme strict entre la gravité de l'acte suicidaire en termes de vie ou de mort, l'intensité du désir de mort et la gravité des perturbations psychopathologiques observées chez l'individu suicidant. En effet dans certains cas, des produits de haute toxicité peuvent être impulsivement absorbés avec des conséquences fatales ou gravement invalidantes, sans que ce geste paraisse prendre place dans un ensemble psychopathologique très lourd ou qu'il s'associe à une détermination bien arrêtée de se donner la mort. Toutefois, il conviendrait de ne pas s'attacher uniquement à la nature de l'objet utilisé pour le suicide ou la tentative de suicide. Il serait souhaitable aussi d'évaluer dans quelle mesure la méthode utilisée porte atteinte à l'intégrité du corps : de ce point de vue, il semble que les méthodes cherchant à désorganiser ou à mutiler le corps, telles que la défenestration ou surtout la précipitation sous un véhicule, s'intègrent plus souvent dans une organisation psychopathologique dans laquelle le schéma corporel et la constitution même de l'individualité sont en cause. Les méthodes les plus traumatiques et les plus désorganisantes semblent caractériser plus souvent des adolescents profondément perturbés (psychose en particulier).

À côté de la méthode proprement dite, il est aussi nécessaire d'apprécier le degré de préméditation et de préparation de l'acte suicidaire opposé à l'impulsivité et à l'aspect non préparé. Comparant deux groupes d'adolescents suicidants, L.K. Brown et coll. (1991), constatent que les adolescents du groupe « non impulsifs » ont plus de traits dépressifs, plus de sentiments de désespoir et une rage interne plus élevée que le groupe des adolescents commettant un geste suicidaire impulsif.

LE SYNDROME DE TENSION PRÉ-SUICIDAIRE

Dans les semaines précédant le geste suicidaire, une ou des consultations auprès du médecin généraliste sont fréquentes. Très souvent l'adolescent y expose surtout des plaintes somatiques floues (fatigue, douleurs, etc.), un malaise général et n'évoque pas nécessairement ses idées suicidaires si on ne l'interroge pas directement à ce sujet.

Or beaucoup se voient prescrire un médicament en réponse à leurs plaintes floues ou à des maux incertains. Il n'est pas rare que ce médicament soit parfois utilisé pour la tentative de suicide.

Pourtant, si on en fait la recherche, l'adolescent présente généralement une symptomatologie dépressive (voir ci-dessous : lien entre suicide et dépression) avec en particulier une baisse sensible, voire un effondrement, sur le plan des résultats scolaires, un repli sur lui-même, des troubles du sommeil ou une tendance aux accidents à répétition. Enfin, une question directe dans un climat d'empathie sur les idées d'auto-agression ou de suicide (« Avez-vous déjà pensé ou pensez-vous, à vous faire du mal? Si oui : depuis quand? avec quelle fréquence? Si oui, est-ce des pensées suicidaires? Avez-vous déjà pensé à la manière de le faire? ») achève de révéler au clinicien la réalité de la souffrance dépressive. Il est vrai qu'une fois celle-ci énoncée, le travail clinique ne fait que commencer… Il est possible que le clinicien, au milieu d'une consultation tout venant et dont la salle d'attente est embouteillée, ne dispose pas du temps nécessaire pour poursuivre immédiatement cette investigation ; cependant, il lui est toujours possible :

– de reconnaître aussitôt cette souffrance et de la nommer à l'adolescent ;

– de dire la vérité, c'est-à-dire qu'on ne dispose pas ce jour même du temps suffisant pour évaluer correctement tous les problèmes ;

– mais qu'il souhaite revoir cet adolescent dans deux-trois jours pour en parler plus à fond…

Dans l'expérience clinique des auteurs, ce rapport de réalité et de sincérité avec l'adolescent lui permet toujours d'attendre, de revenir et de pouvoir parler à son médecin avec le sentiment d'être entendu et éventuellement compris.

Dans les jours ou les heures qui précèdent la tentative de suicide, on note souvent une montée de l'angoisse : l'adolescent exprime la crainte « de ne pas tenir le coup », la peur de craquer. Il ne peut résoudre cette montée tensionnelle par des moyens plus symbolisés ou mentalisés et passe à l'acte sur son corps. C'est dans ce contexte qu'on a parlé de « crise suicidaire », moment de rupture, le geste suicidaire s'inscrivant dans le déroulement de la crise comme « une tentative de réduction des tensions internes auxquelles le sujet est en proie » (J. Vedrinne et D. Weber, 2000).

Ce concept de crise suicidaire repose sur la théorie cognitive et pourrait effectivement valider l'existence d'un syndrome présuicidaire, triade associant « constriction de la personnalité, inhibition de l'agressivité et fuite vers les fantasmes de suicide ». Ce concept rappelle la dimension transnosographique de la suicidalité avec des notions telles que l'impulsivité ou le désespoir. Les étapes de la crise suicidaire sont constituées, de manière chronologique, par les idées de suicide ou idéations suicidaires, l'intention suicidaire, puis le geste suicidaire lui-même et éventuellement la répétition de ce geste (J. Vedrinne et D. Weber, 2000).

La présence de ces indices, en particulier chez un adolescent ayant déjà des antécédents suicidaires, surtout si des pertes (déménagements, départs d'un ami, deuil) ou des ruptures dans l'environnement (conflits et séparation

des parents, rupture sentimentale, etc.) s'y rajoutent, doit faire craindre un nouveau passage à l'acte et doit inciter le médecin à prendre des mesures concrètes pour protéger l'adolescent : consultations rapprochées, aménagement ponctuel du cadre de vie sous forme d'une hospitalisation ou d'un placement en foyer, etc.

LE SYNDROME DE « PSEUDO-GUÉRISON » (D. Marcelli, 2002)

Dans les premiers jours, et parfois même dès les premières heures suivant la tentative de suicide, on assiste fréquemment à un apaisement des tensions : diminution du sentiment de rage interne chez l'adolescent mais aussi des tensions intra-familiales. Ce soulagement immédiat qu'on pourrait rapprocher d'un effet cathartique rend difficile la prise en charge du suicidant. Ainsi, l'adolescent critique son geste en banalisant les difficultés qui y ont conduit et qui semblent avoir miraculeusement cédé. La famille proche, en particulier les parents, se retrouvent autour de l'adolescent, les conflits sont momentanément oubliés. Soulagé d'avoir survécu et objet des attentions de son entourage, l'adolescent a tendance à rejeter l'aide qui lui est proposée, la jugeant inutile ; il est souvent soutenu en cela par ses parents en proie à des sentiments contradictoires où se mêlent la tristesse, la culpabilité, le souci pour l'adolescent mais parfois aussi l'hostilité. Objectivement, on observe une détente symptomatique relative : l'adolescent paraît plus détendu, plus optimiste et a tendance à dénier toute souffrance psychique. Les parents se mobilisent, accordent sur le moment ce qu'ils refusaient auparavant à l'adolescent…

Cette proximité retrouvée avec ses parents, rassurante dans un premier temps, deviendra vite difficile à supporter pour l'adolescent, dont le geste témoigne justement d'une difficulté à s'en détacher, surtout si aucun changement dans les interactions familiales ne survient.

Ce bénéfice immédiat risque également de renforcer le comportement suicidaire et de favoriser les récidives.

TENTATIVE DE SUICIDE ET DIAGNOSTIC ASSOCIÉ (COMORBIDITÉ)

TROUBLES DE L'HUMEUR

D'un point de vue épidémiologique, on peut aborder le lien dépression-TS de deux manières : évaluer la fréquence de la dépression chez les adolescents suicidaires et inversement la fréquence des TS chez les adolescents déprimés.

***Fréquence de la dépression chez les adolescents suicidaires.* —** Avant d'envisager brièvement ces données, nous rappellerons deux études portant l'une sur 53 cas (M.J. Marttunen et coll., 1991) et l'autre sur 160 cas de suicides réussis (D. Shaffer et coll., 1996) chez des sujets âgés de moins de 20 ans, et utilisant la méthode de « l'autopsie psychologique ». Par cette méthode, les auteurs retrouvent l'existence d'un trouble mental dans 94 % des cas pour la première et 91 % des cas pour la deuxième. Parmi les troubles retrouvés, la dépression occupe la première place (51 % de dépression pour l'un ; 62 % de trouble de l'humeur pour l'autre, dont 52 % d'épisode dépressif majeur). Viennent ensuite les troubles des conduites (46 % d'après D. Shaffer et coll.), la consommation de produits (26 % d'alcoolisme dans la première étude ; 35 % tous produits confondus dans la deuxième), et les troubles de l'adaptation (21 % et 10 % respectivement). Ces études montrent bien la gravité du contexte psychopathologique qui accompagne l'acte suicidaire et tout particulièrement la fréquence de l'état dépressif.

Pour ce qui concerne les études épidémiologiques sur les tentatives de suicide, D.A. Brent et coll. (1988) constatent 75 % de dépression majeure et 19,6 % de dysthymie dans une population d'adolescents suicidants. De même, H. Chabrol (1992) note 82 % de dépression majeure et 10 % de dysthymie. M. Gispert et K. Wheeler (1992) ont étudié une population d'adolescents suicidants reçus au centre d'urgence d'un hôpital accueillant une population multi-ethnique et défavorisée sur un plan socio-économique. Ces adolescents présentent des signes d'une dépression d'intensité moyenne évaluée grâce à une échelle de Poznanski légèrement modifiée, et il existe une corrélation significative entre la dépression et l'échelle de risques suicidaires : plus la dépression est grave, plus les adolescents ont utilisé des moyens efficaces et apparaissaient résolus à se tuer.

Plus récemment, D.B. Goldston et coll. (1996 et 1998) ont étudié une population d'adolescents âgés de 12 à 19 ans hospitalisés en psychiatrie, au sein de laquelle ils ont individualisé quatre groupes :

– ceux qui sont hospitalisés à la suite d'une première tentative de suicide ;

– ceux qui sont hospitalisés pour une récidive suicidaire ;

– ceux qui ont des antécédents de tentative de suicide mais sont hospitalisés pour un autre motif ;

– et ceux qui n'ont jamais effectué de tentative de suicide.

En évaluant la dépression à l'aide de la BDI (*Beck Depression Inventory*), il ressort que les sujets ayant des antécédents de tentative de suicide et les sujets suicidants récidivistes ont un niveau de dépression plus élevé (score de dépression moyenne à élevée) que ceux hospitalisés pour une première tentative de suicide ; ces derniers ont de même un niveau de dépression plus élevé que ceux n'ayant jamais effectué de tentative de suicide. Les premières tentatives de suicide sont plus souvent liées dans leur étude à des troubles de l'adaptation que les tentatives de suicide répétées et ont donc un meilleur

pronostic. En revanche, le niveau de dépression est similaire chez ceux ayant des antécédents de tentative de suicide et ceux récidivant : l'absence de tentative de suicide récente ne doit donc pas être considérée comme rassurante.

B. Larsson et T. Ivarsson (1998) retrouvent eux aussi une corrélation entre la gravité de la dépression (score à la BDI) et le nombre de tentatives de suicide effectuées, mais ils ne constatent pas de lien avec la gravité du geste.

Fréquence des tentatives de suicide dans la population d'adolescents déprimés. — À l'opposé, la tentative de suicide est une constatation clinique fréquente dans la population d'adolescents déprimés. Dans les études rétrospectives, les taux oscillent entre 24 et 46 % (J.B. Loubeyre, 1990; D. Marcelli et H. Fahs, 1994) avec une prédominance féminine nette et une corrélation significative avec la gravité du trouble dépressif : plus la « dépression » est grave, plus le risque suicidaire est grand.

La fréquence de survenue d'une tentative de suicide est encore plus grande dans les études prospectives : 70 % des adolescents présentant un épisode dépressif majeur ont effectué une tentative de suicide au cours des trois années suivantes (K. Myers et col., 1991). 85 % des enfants et des adolescents avec un épisode dépressif majeur ou dysthymique ont des idées suicidaires et 32 % effectueront des tentatives de suicide sur la vie entière (M. Kovacs et coll., 1993).

En comparant ces taux avec une population témoin, la différence est très significative : sur une étude de cohorte, 32 % des enfants et adolescents déprimés (60 sujets) ont effectué au moins une tentative de suicide au cours des dix-huit ans de suivi (20 % en ont fait plusieurs avec deux décès par suicide) contre 12 % (67 sujets) dans le groupe contrôle (R. Harrington et coll., 1994).

La continuité de la dépression de l'adolescence à l'âge adulte s'accompagne d'un risque suicidaire : les adultes déprimés ont plus de risques de faire une tentative de suicide s'ils ont déjà souffert de dépression dans l'enfance ou l'adolescence. Cette constatation ne fait que renforcer l'importance d'un repérage précoce et du traitement de la dépression chez l'enfant et l'adolescent.

Certaines études ont cherché à isoler des signes qui, chez un adolescent déprimé, pouvaient faire craindre une tentative de suicide. C.K. Kienhorst et coll. (1991) ont ainsi comparé 48 adolescents suicidaires et 66 adolescents déprimés sans antécédents suicidaires. À partir d'un entretien semi-structuré, ils ont fait émerger sept variables notées 0 ou 1 : prise de poids, perte d'énergie, absence du père, pessimisme, désespoir, antécédents de projet suicidaire, risque de réussite de suicide selon sa gravité. Une note supérieure à 4 permet de repérer la probabilité de survenue d'une tentative de suicide avec une sensibilité de 90 % et une spécificité de 83 %. Un an après la première évaluation, 5,4 % des déprimés non suicidants ont fait une première

tentative de suicide et 12,5 % des suicidants une récidive. Tous avaient un score supérieur à 4. Certes, il ne faut pas confondre analyse épidémiologique et réponse clinique individuelle. Cependant, ces études montrent l'intérêt d'une analyse discriminative soigneuse des conduites symptomatiques.

Liens entre dépression, idées suicidaires et tentative de suicide. — Il convient donc, en clinique, de différencier soigneusement :

– les pensées sur la mort. Elles s'expriment par les pensées du type : « il est bien triste de mourir un jour », « on ferait mieux d'être mort plutôt que de vivre encore », « à quoi ça sert la vie ? », etc. ;

– les idées de suicide. Il s'agit ici de pensées directes de se tuer et non pas simplement de mourir ;

– les intentions suicidaires. Le sujet pense à la manière de se tuer : absorption de médicaments, défénestration, scarification ou blessure par arme blanche, arme à feu, pendaison, etc. ;

– les projets suicidaires. Le sujet commence à préparer son geste : accumulation de comprimés, achat de corde, passage répétés devant le lieu de défénestration, etc.

Ainsi, R.C. Kessler et coll. (1999) se sont intéressés au lien entre idées de suicide, projet de suicide et tentative de suicide en population générale. Ils retrouvent logiquement que les idées suicidaires augmentent le risque de projet de suicide et le risque de tentative de suicide ; la présence d'un projet de suicide associé aux idées suicidaires augmente encore le risque de passage à l'acte suicidaire. Le fait d'avoir un projet de suicide augmente également la durée pendant laquelle le risque de tentative de suicide est élevé. En l'absence de plan, les tentatives de suicide ont surtout lieu dans l'année suivant l'apparition des idées suicidaires.

De leur côté, M. Gould et coll. (1998) remettent quelque peu en cause l'idée d'un continuum entre idées et tentatives de suicide. En comparant au sein d'une population adolescente tout-venant les sujets ayant eu des idées suicidaires au cours des six derniers mois (7,5 %) et ceux ayant déjà effectué une tentative de suicide (3,3 %), ils constatent que ces deux groupes ont des profils distincts, en termes de comorbidité. Dans leur étude, les tentatives de suicide sont significativement associées à une symptomatologie d'angoisse de séparation et surtout à la consommation de produits, ce qui n'est pas le cas des idées suicidaires.

De même, dans une étude sur des adolescents hospitalisés à Montréal, J.C. Macotta (1999) distingue ceux ayant des idées suicidaires (IS) de ceux ayant effectué une tentative de suicide (TS) ; il met en évidence une nette prédominance de la thymie dépressive et plus encore du diagnostic d'épisode dépressif majeur chez les adolescents qui ont des idées suicidaires (IS) par rapport aux adolescents qui ont effectué une tentative de suicide (les suicidants : TS). Contrairement à ce que l'on pouvait penser, il y a plus de

déprimés chez les premiers (IS) que chez les seconds (TS). Cette étude montre clairement qu'il convient de ne plus considérer les idées suicidaires sans passage à l'acte comme une forme bénigne parmi l'expression des diverses manifestations suicidaires, tant sur le plan psychopathologique que sur le plan pronostique : les idées suicidaires durables et intenses ont une forte corrélation avec la dépression, laquelle est également corrélée avec la tentative de suicide (voir ci-dessous).

Si les idées suicidaires sont un facteur de risque de tentative de suicide, il semble que l'inverse soit vrai également : les adolescents ayant des antécédents de tentative de suicide pensent plus souvent à la mort en général, à leur propre mort, et préparent plus souvent un nouveau passage à l'acte. R.E. Roberts et coll. (1998) ont évalué dans une étude en population générale adolescente que la présence d'antécédents de tentative de suicide multiplie les idées de mort par cinq, les idées de suicide par sept et les projets suicidaires par onze, ce qui explique les chiffres élevés de récidive. C'est également ce que constatent D.B. Goldston et coll. (1996) chez des jeunes hospitalisés : les idées suicidaires sont présentes chez 23,8 % des non-suicidants et 52,5 % de ceux ayant déjà effectué une tentative de suicide, et ce à distance de leur geste suicidaire : la tentative de suicide ne résout donc pas les difficultés du jeune et ces études montrent à l'évidence l'impérieuse nécessité d'une évaluation et d'un soin après le geste suicidaire, quelle que soit sa gravité apparente.

TROUBLES ANXIEUX

On rencontre particulièrement l'angoisse de séparation (chez les plus jeunes) et les attaques de panique. D. Shaffer et coll. (1996) retrouvent ainsi des antécédents d'attaque de panique chez 10 % des suicidés inclus dans leur étude. M. Gould et coll. (1998) notent également une association significative entre tentative de suicide et attaque de panique chez des adolescents tout-venant. Il faut se rappeler que le trouble panique est souvent associé à un trouble dépressif, et peut se compliquer d'une consommation de produits à visée anxiolytique, ces deux derniers diagnostics étant eux-mêmes un facteur de risque de tentative de suicide. D'ailleurs, pour A.L. Beautrais (1996), le rôle des troubles anxieux comme facteur de risque suicidaire disparaît quand on tient compte de ces intercorrélations.

IMPULSIVITÉ ET TROUBLES DES CONDUITES (TC)

Le geste suicidaire comporte souvent une dimension d'apparente impulsivité et d'absence de réflexion, ce qu'un bon nombre de jeunes semble confirmer en déclarant qu'une heure avant leur geste ils ne savaient pas encore

qu'ils allaient « faire ça ». Pour cette raison, l'intentionnalité suicidaire a été souvent mise en cause chez les adolescents. Pourtant les enquêtes épidémiologiques montrent la fréquence avec laquelle ce jeune impulsif a fait part de ses intentions suicidaires à des proches, pairs ou plus rarement adultes, dans les semaines ou les jours précédents son geste. L'impulsivité n'est donc qu'apparente et l'acte suicidaire survient en général dans un contexte de tension ou de rupture qui semble renforcer l'habituelle tendance impulsive. Cette impulsivité s'accompagne le plus souvent d'autres troubles des conduites (*cf.* chap. 12, Les conduites psychopathiques ou trouble des conduites).

Selon D. Shaffer et col. (1996), 50 % des suicidés présentaient un comportement perturbateur (au sens du DSM-IV) et, plus précisément, 46 % présentaient un TC. Des chiffres similaires sont retrouvés dans les populations d'adolescents suicidants : 53,9 % (D.B. Goldston, 1998). Cependant, le TC augmente le risque de suicide même en l'absence de trouble de l'humeur, par le biais de l'impulsivité (J. Renaud et col., 1999) : en ce sens, les TS « impulsives » présentent un niveau de dépression en général moins élevé que les TS « préméditées » (L.K. Brown et col., 1991). Les résultats épidémiologiques ne vont cependant pas tous dans le sens d'un lien entre TS et trouble des conduites. T. Larsson et B. Ivarsson (1998) constatent ainsi dans leur population d'adolescents hospitalisés en service d'urgence qu'il y a moins de TS chez les adolescents ayant des troubles des conduites que chez ceux ayant un autre diagnostic psychiatrique non thymique (à savoir dans leur étude : un trouble émotionnel, un trouble de la personnalité, un trouble de l'adaptation ou un trouble psychotique). De même, pour M. Gould et col. (1998), les troubles des conduites augmentent le risque d'idées suicidaires (et encore, seulement chez les garçons) mais pas le risque de TS. D'un point de vue psychodynamique, les troubles des conduites et la personnalité psychopathique ou antisociale apparaissent souvent comme des aménagements défensifs, des processus de lutte contre les affects dépressifs ; ils pourraient constituer un facteur de protection contre le risque suicidaire tant que ces aménagements défensifs sont efficaces. Il y a en revanche souvent des prises de risque liées à un mépris inconsidéré pour sa propre santé qui peuvent mettre en danger la vie du sujet. Il ne s'agit pas alors à proprement parler de comportement suicidaire, le désir conscient de mourir n'étant pas présent (*cf.* Introduction : les équivalents suicidaires).

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Le diagnostic de trouble de la personnalité n'est porté qu'avec prudence à l'adolescence, mais on peut retrouver des traits de personnalité pathologique chez certains adolescents suicidants, en particulier dans le cas de tentatives de suicide à répétition. Il s'agit le plus souvent de traits de personnalité psychopatique (ou antisociale), ce qui rejoint la question des troubles des

conduites évoquée ci-dessus, ou de personnalité borderline. Dans ce dernier cas, il est parfois difficile de faire la part entre tentatives de suicide et automutilations. Les personnalités borderline telles que les décrit Masterson passent à l'acte de manière impulsive pour lutter contre l'angoisse et les affects dépressifs qui menacent de les déborder.

HOMOSEXUALITÉ ET TROUBLES DE L'IDENTITÉ SEXUELLE

Rappelons d'abord que le terme d'homosexualité ne devrait pas être utilisé en début d'adolescence. Tout adolescent passe par une période homophile normale dans son développement, avant de choisir dans la majorité des cas un objet sexuel de sexe opposé, ce qui caractérise l'entrée dans la vie génitale adulte. Les attirances homosexuelles transitoires peuvent être une source d'angoisse et de honte pour le jeune adolescent, et contribuer de ce fait à un état dépressif avec auto-dévalorisation, voire passage à l'acte suicidaire. Mais c'est surtout à l'homosexualité « installée » que plusieurs auteurs se sont intéressés, se posant la question du lien avec la pathologie mentale en général et avec la TS en particulier. Une étude longitudinale néozélandaise sur plus de 10 000 sujets suivis de 0 à 21 ans (D.M. Fergusson et coll., 1999) s'est intéressée aux 2,8 % de sujets se déclarant homosexuels ou bisexuels. Ces derniers présentent un risque nettement plus élevé que la population générale de développer un épisode dépressif majeur, d'avoir des idées suicidaires ou de faire une tentative de suicide. Il y au moins deux manières d'interpréter ce résultat. On peut considérer que ce choix homosexuel favorise les TS en exposant le sujet à des attitudes homophobes de l'entourage et en le confrontant à des événements de vie négatifs. On peut à l'inverse se demander si les adolescents présentant une pathologie psychiatrique (et ayant donc un risque plus élevé de suicide) n'ont pas plus de trouble de l'identité sexuelle et donc de risque de développer une homosexualité. R. Herrel et coll. (1999) étudient également le rôle de l'orientation sexuelle chez des paires de jumeaux dont l'un est homosexuel et l'autre hétérosexuel. Ils constatent que les sujets homosexuels ont plus de pensées sur la mort (47,6 %), plus d'idées suicidaires (55,3 %) et font plus de tentatives de suicide (14,7 %) que leurs jumeaux hétérosexuels (respectivement 30,1 %, 25,2 % et 3,9 %). Ce résultat persiste même en contrôlant la dépression et la consommation de produits qui pourraient être des facteurs de confusion.

SCHIZOPHRÉNIE ET ÉPISODES PSYCHOTIQUES AIGUS

De manière plus rare, la tentative de suicide peut survenir dans un contexte psychotique, qu'il s'agisse d'un acte imposé (automatisme mental),

d'une tentative d'échapper à une angoisse intense ou d'une exaltation délirante avec sentiment d'invulnérabilité.

LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE

Question centrale des TS à l'adolescence, le taux exact de récidives à partir d'une population de primo-suicidant varie bien évidemment en fonction de la durée du suivi : entre 18 et 20 % dans la première année suivant la TS dans l'enquête européenne (U. Bille-Brahe, 1995) et 37 % sur la vie entière dans l'enquête rétrospective du Haut Comité de la Santé publique. Dans la population des suicidants, l'existence d'une tentative antérieure est encore plus fréquente surtout chez les filles : entre 48 % et 81 %. Ainsi dans l'enquête de C. Moutia et coll., 45 % des adolescents suicidants avaient déjà effectué une précédente TS. La fréquence des récidives est proportionnelle au nombre de tentatives antérieures : 24 % des adolescents ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicides récidivent dans l'année (A. Hutten et coll., 2001). Pour L. Wichstrom (2000), l'existence d'une tentative de suicide antérieure multiplie par 3,5 le risque de faire à nouveau une TS dans les deux années qui suivent. Par ailleurs, les « autopsies psychologiques » effectuées à partir des cas de suicide démontrent que les antécédents de TS sont particulièrement fréquents. M.H. Martunnen et coll. dans leurs études sur 53 cas de suicides (49 garçons, 9 filles) constatent que 66 % des filles et 27 % des garçons qui se sont suicidés avaient des antécédents de TS (1993).

Les travaux épidémiologiques ont bien entendu tenté de dégager des facteurs de risque qui désigneraient plus particulièrement une possibilité de récidive. Dans une étude prospective déjà ancienne, U. Otto (1972) avait montré que parmi la population d'adolescents suicidants, certains sous-groupes comportent un risque élevé de récidives, en particulier les cas où un diagnostic psychiatrique a été porté, les cas de suicide par une méthode active chez les filles et les tentatives de suicide chez les garçons.

D'autres études, certes non contrôlées, isolent certains facteurs qui paraissent plus spécifiques à la récidive, citons :

– l'existence d'un diagnostic psychiatrique de psychose ou de personnalité pathologique chez l'adolescent, en particulier état limite (P. Jeammet et E. Birot, 1994 ; F. Davidson et M. Choquet, 1988) ;

– des antécédents familiaux pathologiques, en particulier d'alcoolisme (C. Pfeffer et coll., 1994) ;

– des antécédents d'abus sexuels dont la seule fréquence semble corrélée à la répétition du suicide (Wahl et coll., 1998) ;

– une pathologie relationnelle familiale. L'adolescent l'exprime soit par le fait que ses parents n'ont pas d'affection pour lui, soit par le fait que, selon lui, ils font preuve d'une autorité excessive ou insuffisante.

Le cumul de ces facteurs aboutirait à des différences statistiques très significatives.

Enfin à notre connaissance, il n'existe pas d'étude comparant d'une part le mode de prise en charge et la (ou les) récidive(s), ou d'autre part le mode de répétition des tentatives (répétition dont les modes en termes de létalité sont plus graves ou restent identiques, voire parfois se font moins graves). L'impression du clinicien est que la récidive dépend aussi en grande partie des réaménagements individuels et familiaux qui pourront se mettre en place après la première TS, c'est-à-dire la possibilité de changement individuel ou familial. Cela dépend de la capacité du jeune lui-même à accepter les soins et de sa famille à reconnaître dès le premier geste suicidaire la gravité possible de la situation et la nécessité d'une relation de soin.

Les multirécidivistes représentent une sous-catégorie, qui pour ne pas être très élevée constitue cependant un problème clinique particulièrement difficile (E. Bobin et Y. Sarfati, 2003). Il s'agit de sujets, plus souvent des filles que des garçons, ayant effectué quatre ou cinq TS, voire plus encore..., souvent sur un mode identique (phlébotomie à répétition, absorptions médicamenteuses itératives), présentant en général des troubles graves de personnalité (impulsivité majeure, dépression grave de type narcissique ou abandonnique, personnalité limite, débilité mentale, etc.). Ces patients « utilisent » la TS soit comme une modalité relationnelle pour faire pression sur leur entourage et obtenir ce qu'ils désirent en menaçant de récidiver, soit comme mode de résolution de toute tension ou conflit psychique, manière de passer à l'acte qui soulage dans l'immédiat cette tension ou met à distance le conflit mais qui entrave évidemment la possibilité d'une élaboration mentale. Pour ce type de patients, les tentatives à répétition prennent véritablement le sens d'une conduite d'auto-sabotage (P. Jeammet, 1990 et 1991) s'apparentant aux conduites addictives faisant écran à la fois à une possible élaboration conflictuelle et à la prise en charge thérapeutique elle-même (J.L. Venisse, 1991). Le suicide reste un risque constant chez ce type de patient, d'autant que les répétitions de TS finissent par entraîner chez les soignants, comme dans la famille, lassitude et indifférence relative face à ce comportement.

Au total, il apparaît bien peu d'indicateurs externes (comportementaux, environnementaux, familiaux, etc.) précis pouvant faire craindre la survenue d'une récidive chez un adolescent ayant déjà commis ce geste. Pourtant, étant donné la fréquence de ces récidives, il serait souhaitable de pouvoir isoler des facteurs faisant craindre l'imminence d'une telle récidive. Le cas est particulièrement aigu pour les adolescents suicidants suivis en consultation ambulatoire intermittente (souvent le seul suivi accepté par ces derniers) ou en psychothérapie. Les thérapeutes savent qu'ils doivent toujours se situer entre deux attitudes contradictoires. D'un côté, la crainte excessive chez le thérapeute d'une récidive peut le pousser à adopter des attitudes trop interventionnistes (renforcement de la fréquence des entretiens individuels ou

familiaux, proposition d'hospitalisation, proposition d'éloignement du milieu familial, etc.) : cela peut donner à l'adolescent des moyens de pression susceptibles d'empêcher tout progrès dans le traitement (facteurs de résistance). D'un autre côté, l'absence de prise en considération du risque de récidive et l'absence de toute proposition d'aménagements thérapeutiques peut être ressentie par l'adolescent comme une indifférence du thérapeute à ses problèmes, voire comme une attitude paradoxalement incitative et favoriser par conséquent le passage à l'acte (pour bien lui faire comprendre sa souffrance ou son sentiment d'impasse). Une telle contradiction, pour être sinon levée du moins partiellement éclaircie, suppose que le consultant ou le thérapeute et l'adolescent puissent discuter ouvertement du risque de répétition de passage à l'acte et que les conséquences de cette éventualité aient été clairement envisagées dans les entretiens.

ENJEUX PSYCHOPATHOLOGIQUES

Il est impossible d'aborder la tentative de suicide sans se poser quelques questions sur le sens de la mort à l'adolescence. Beaucoup d'adolescents, sinon tous, pensent à la mort un jour ou l'autre, se posent des questions existentielles sur le sens de la vie en général, de leur vie en particulier et par conséquent sur la place de la mort au sein même de la vie. Certes, si penser à la mort n'implique pas nécessairement une pensée sur sa mort, reconnaissons qu'en général les deux sont liés, à moins qu'un mécanisme de défense « protège » de cette prise de conscience : par exemple, la croyance dans le maintien du sentiment d'omnipotence infantile. Il n'est pas de journal intime d'adolescent qui n'aborde le thème de la mort dans sa dimension la plus générale : la finitude de l'être humain, ou de manière plus intime : la mort possible de ses proches, ou enfin de façon plus personnelle : sa propre mort…

Combien de prises de risque chez l'adolescent s'accompagnent de la pensée fugace que la mort pourrait être au tournant, suivi du sentiment de soulagement ou de triomphe quand au terme de la conduite risquée l'adolescent ne s'est rien cassé ! D'ailleurs dans les sociétés dites traditionnelles, les rituels d'initiation comportent très souvent une prise de risque que les jeunes initiés doivent affronter pour passer du côté de la classe d'âge des adultes. Ces rituels précisément parce qu'ils ont valeur d'initiation reconnue par l'ensemble du corpus social ne se reproduisent pas. En revanche, les prises de risque des adolescents de nos sociétés, parce qu'elles sont dénuées de toute valeur initiatique culturellement reconnue, conduisent souvent ces derniers à des répétitions et des escalades rendant parfois aléatoire la distinction entre prise de risque et conduite suicidaire (D. Marcelli et F. Mésange, 2000).

Enfin, dans certaines cultures adolescentes, le jeu autour de la mort est très fréquent (les *darks*, les *puncks*) et les rites sataniques attirent bien des jeunes.

La mort prend souvent pour l'adolescent un visage emblématique auquel il s'accroche parfois comme pour mieux la conjurer. Le visage intangible et figé de la mort devient comme le seul représentant possible d'une vie où tout changement est source de menace : la mort est transformée en idéal figé et intemporel.

La mort est ainsi pour certains adolescents la seule manière de « vivre » et le fantasme d'une mort possible est d'ailleurs ce qui rend à certains tolérable le fait de continuer de vivre. Ce paradoxe de la mort est central chez l'adolescent qui doit accepter de renoncer à ses positions d'enfant et de les perdre, en particulier cette place centrale qu'on lui a donnée ou qu'il s'est appropriée dans la « scène primitive » : quand ce renoncement lui est impossible, il peut « mourir pour vivre », manière active de retrouver l'omnipotence puisque, de n'avoir pas été à l'origine de sa propre conception (« je ne t'ai pas demandé de naître », dit-il (elle) parfois à l'un de ses parents), il peut, en revanche, vouloir être le maître de sa vie en décidant activement de son terme...

Concernant la signification psychopathologique, pas plus que chez l'adulte, il n'y a pas chez l'adolescent suicidaire de profil de personnalité rigoureusement défini ni de pathologie psychiatrique régulièrement retrouvée en dehors des deux dimensions dépressive et impulsive ; on note cependant des constantes que de nombreux auteurs ont signalé.

VULNERABILITE RELATIONNELLE

Le moment suicidaire survient souvent dans un contexte anxieux et semble parfois correspondre à une véritable effraction traumatique qui s'accompagne d'une sidération ou d'une déstructuration temporaire de la conscience (F. Ladame et coll., 1995). Cet envahissement anxieux traduit la vulnérabilité psychique d'un sujet qui, pour préserver la précarité de son sentiment d'identité, a constamment besoin de s'appuyer sur des objets externes de réassurance. Il en résulte une incapacité à supporter les pertes ou les séparations avec une dépendance excessive aussi bien à l'égard des proches que des objets matériels investis. Quand, pour une raison ou une autre, ces objets (personne ou chose) se dérobent ou menacent de le faire, cela confronte soudainement le sujet à sa propre fragilité et active douloureusement un intolérable sentiment de dépendance : le raptus suicidaire, dans le contexte anxieux, a pour finalité de tenter de mettre un terme à cette inacceptable perception.

VULNERABILITE NARCISSIQUE

Sous-jacente à cette vulnérabilité relationnelle, la vulnérabilité identitaire traduit la fragilité des assises narcissiques. De nombreux auteurs ont insisté

sur cette fragilité dont on retrouve la trace au travers des défaillances du cadre de la petite enfance (soit dans le registre du défaut avec des antécédents de multiples ruptures et séparations, soit dans le registre de l'excès avec des relations précoces de type symbiotique), défaillances qui entravent la constitution de limites assurées au soi et le rendent constamment tributaire des objets d'étayage. Ces objets deviennent alors à la fois indispensables et menaçants du fait même de ce caractère indispensable. Tant que le sujet reste du côté de l'enfance, cette dépendance est tolérable parce qu'elle s'inscrit dans le destin normal de l'enfant d'une part et que, d'autre part, elle n'entre pas en résonance avec un besoin physiologique nouveau, celui de la génitalité, nécessairement marqué du sceau de la dépendance (M. Laufer et M.E. Laufer, 1989; A.M. Alleon et O. Morvan, 1995; P. Carbone et M. Gino, 1995).

VULNERABILITÉ DE L'ADOLESCENCE

En effet, le processus pubertaire sollicite hautement le fonctionnement psychique et l'ensemble des mécanismes de défense et d'adaptation : l'adolescence réveille les conflits psychiques de l'enfance et actualise de nouveaux conflits. De ce fait le fonctionnement mental doit faire preuve d'une efficience satisfaisante. De nombreux auteurs signalent une relative pauvreté des processus de sublimation, une défaillance de la capacité à contenir l'excitation interne en lui donnant une figurabilité préalable à un travail de désinvestissement, déplacement puis ré-investissement qui caractérise la chaîne des représentations mentales. Cette activité psychique de symbolisation/représentation, donc de liaison, constitue pour le sujet une protection contre la menace de débordement traumatique par l'excitation pulsionnelle. En effet, la pulsion génitale contraint l'individu à chercher l'objet complémentaire de satisfaction car désormais il ne peut plus se satisfaire totalement d'un auto-érotisme d'organe. La pulsion génitale contraint donc à un travail de renoncement, déplacement, réinvestissement représentationnel qui caractérise un fonctionnement psychique souple et libidinalement investi. Quand ce fonctionnement psychique est défaillant ou n'est pas investi, l'excitation pulsionnelle devient une menace. L'échec scolaire est souvent la trace repérable soit de ce déficit intellectuel, soit de ce non-investissement : comme on a pu le voir, l'échec scolaire fait partie des facteurs de risque repéré dans les études épidémiologiques.

CORPS COUPABLE

Parce que l'excitation provient de l'intérieur même du corps sans que la psyché ait eu son mot à dire, ce corps est ressenti comme un « objet » exté-

rieur source de persécution, la puberté représentant une menace relative sur le sentiment de continuité d'existence. Au moment où l'adolescent tente de s'approprier son corps avec la croyance utopique d'une totale maîtrise, la réalité des besoins physiologiques d'une part, le besoin encore persistant, surtout en début d'adolescence, d'une relation de dépendance aux proches d'autre part donnent à l'adolescent le sentiment d'être trahi par ce corps. Ce dernier peut alors devenir le représentant de tout ce qui va mal aussi bien dans ce que le sujet ne peut obtenir (les besoins liés au corps sexué en particulier), que dans ce à quoi le sujet ne peut renoncer (les besoins infantiles de protection et de dépendance désormais disqualifiés). Laufer et Laufer ont été les premiers à proposer de comprendre la TS à l'adolescence comme l'expression d'une violence et d'une haine dirigées contre ce corps sexué. Ce conflit psychique peut alors prendre une intensité intolérable.

RAPTUS SUICIDAIRE

L'acte suicidaire correspond donc à une montée de tension et d'excitation (crise suicidaire) que le sujet ne peut ni résoudre ni élaborer par la poursuite de ses investissements de représentation psychique, l'émergence fantasmatique ayant un effet traumatique quand la perte d'estime de soi, la dévalorisation et le sentiment de désespoir deviennent envahissants. À cette dimension dépressive vient s'ajouter une dimension impulsive marquée par une intolérance à la frustration, laquelle se retrouve chez beaucoup de suicidants ; elle est décrite comme une « faiblesse du Moi » qui ne peut faire face et, à cause d'une défaillance de ses mécanismes adaptatifs ou défensifs, ne peut mettre en place une stratégie souple de déplacement, de régression, de sublimation, assurant ainsi la continuité du fonctionnement psychique. À la rupture externe coïncide un état de rupture interne. Ce dernier traduit la vulnérabilité psychique souvent observée chez les suicidants. Cette vulnérabilité se manifeste par la dimension d'impulsivité souvent (mais pas toujours) présente chez les adolescents suicidaires ; elle se repère par la fréquente « co-morbidité » associée.

LA DYNAMIQUE FAMILIALE ET ENVIRONNEMENTALE

Comme on l'a vu au début de ce chapitre, les études épidémiologiques révèlent l'existence d'un environnement familial perturbé. Mais par leur nature même ces études sont impuissantes à nous montrer la nature intime des distorsions actuelles et passées dans les systèmes d'interactions que l'enfant intériorise dès son plus jeune âge. Toutefois, elles ont le mérite de tisser une sorte de toile de fond sur laquelle peuvent s'étayer les hypothèses

de psychopathologie individuelle. Les études les plus récentes portant sur les tentatives de suicide de l'adolescent cherchent à mettre en correspondance les données de l'investigation individuelle (provenant en particulier des psychothérapies d'adolescents suicidants) et les données issues de l'observation familiale. F. Ladame (1995) dégage trois séries de faits :

– dans ces familles, l'adolescent est souvent le lieu d'une projection parentale excessive. Il sert en particulier de réceptacle à la souffrance parentale. La relation entre parent et adolescent n'est pas teintée d'empathie compréhensive, mais au contraire d'identification projective (souvent de nature agressive), ce qui explique en partie les défaillances précoces dans le premier processus de séparation-individuation. L'adolescent, lieu de projection de la souffrance familiale, dénonce par son geste suicidaire cette détresse familiale et exprime un « appel à l'aide collectif » ;

– la barrière entre les générations est souvent confuse dans ces familles. Les coalitions entre des membres appartenant à des générations différentes sont fréquemment dirigées contre un tiers de la famille, transgressant la structure normale de la famille en fonction des générations. Ainsi la mère fait alliance avec son fils contre le père, la grand-mère et la mère contre la fille… La traduction épidémiologique de cette hypothèse se retrouve dans la fréquence des structures familiales éclatées ou inhabituelles ;

– dans les périodes présuicidaires, l'adolescent doit faire face à une série d'événements dont la sommation aboutit à un effondrement de ses capacités de réponse auxquels l'environnement familial participe du fait d'une dégradation progressive : décès ou départ d'un membre de la famille, rejet par l'adolescent de sa famille ou par la famille de l'adolescent, rupture affective, rupture du groupe des pairs.

Cette dynamique familiale prend toute sa place dans le développement possible ou non d'une alliance de soin après le passage à l'acte suicidaire tant avec l'adolescent lui-même qu'avec ses proches : reconnaissance de l'acte et de sa gravité, développement de l'empathie ou au contraire renforcement des interactions négatives, etc.

L'ABORD THÉRAPEUTIQUE

LES TRAITEMENTS

***Accès aux soins et consultations antérieures.* —** La consultation auprès d'un médecin généraliste ou d'un professionnel de santé avant le geste suicidaire n'est pas exceptionnelle : entre 7 et 15 % des suicidés avaient consulté un tel professionnel dans le mois précédant le passage à l'acte et entre 20 et 25 % dans l'année précédant le geste (D. Shaffer et coll., 1996 ; B. Groholt et

coll., 1997 ; A.L. Beautrais et coll., 1998). Ces auteurs retrouvent même un taux de consultation auprès d'un professionnel de santé compris entre 59 et 78 % dans leur étude sur les adolescents suicidants admis en unité de soin. Ce point très important pose toute la question de la stratégie de dépistage et d'évaluation (*cf.* le dernier paragraphe). Ainsi, à titre d'indication, alors même que la consultation avait pour motif un mal-être psychologique, moins d'un médecin généraliste sur deux questionnait l'adolescent sur l'existence d'idées suicidaires actuelles ou antérieures, ce pourcentage étant sensiblement amélioré après une formation spécifique (M. Legeay, 2005).

***Intervention de crise et/ou urgence.* —** Cela concerne les services d'urgence et d'accueil de crise ou d'orientation. Il existe des recommandations issues non seulement des conférences de consensus d'experts mais également basées sur le sens commun (S.E. Stewart et coll., 2002) ! Ces recommandations définissent un certain nombre de mesures à valider avant la sortie du suicidant du service des urgences. Par exemple : sécuriser l'habitat en écartant les armes à feu du domicile ou les médications potentiellement létales. Certains préconisent de mettre en place avec le patient un contrat « no-suicide » qui serait le fruit d'une négociation avec l'adolescent (D.A. Brent et coll., 1997). Cependant, aucune étude n'a jusque-là évalué la pertinence de ces contrats passés avec l'adolescent. En revanche, Rotheram-Borus et coll. ont montré l'intérêt d'une salle spécialisée au sein des urgences pour accueillir les suicidants, ce qui améliore l'alliance avec l'adolescent (1999).

***Hospitalisation à temps complet et hospitalisation de jour.* —** Habituellement, il s'agit d'une admission au niveau du service des urgences de l'hôpital. Au-delà de la nécessité des soins médicaux et de la surveillance indispensables, l'intérêt d'une hospitalisation de quelques jours est diversement apprécié par les auteurs : en France, de plus en plus de pédiatres et de psychiatres l'estiment utile pour séparer l'adolescent de son cadre habituel de vie, pour mieux évaluer l'ensemble des paramètres ayant abouti au geste suicidaire et permettre à l'adolescent une régression en elle-même thérapeutique (M. Choquet et V. Granboulan, 2004). D'autres auteurs estiment qu'une intervention de crise bien ordonnée et incluse dans un réseau de qualité suffit le plus souvent (P. Garel, 1995). D'autres enfin arguent que la fréquence des répétitions n'est en rien modifiée par l'existence ou non d'une hospitalisation : dans leur revue de la littérature, M. Gould et coll. soulignent qu'aucune étude à ce jour n'a pu apporter la preuve d'une diminution significative des récidives en fonction de l'existence d'une hospitalisation. La divergence de ces avis peut sans doute s'expliquer par les différences des populations traitées en termes de psychopathologie sous-jacente, ainsi que par les expériences différentes en termes de cadres de soins.

Dans l'ensemble toutefois, l'hospitalisation répond aux mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état somatique de l'adolescent. Ces mesures sont les mêmes que pour les autres suicidants en général et dépendent essentiellement de la méthode (le plus souvent du (ou des) médicaments) employée. Par ailleurs, la durée de ce temps d'hospitalisation à visée de sauvegarde somatique s'étend rarement au-delà de 24-48 heures. Mais on tend de plus en plus actuellement à préconiser un séjour un peu plus long, de préférence dans un service à la fois disponible et adapté : c'est le cas pour beaucoup de services de pédiatrie, où plus de 40 % des adolescents suicidants hospitalisés sont admis (I. Gasquet et M. Choquet, 1995). Un séjour d'une semaine environ, lorsqu'il est pleinement agréé et se déroule dans un lieu adapté, permet de facto un bilan de santé plus approfondi, tant au plan psychique que somatique et médico-social. Il devrait par ailleurs garantir un début de contact psychothérapeutique individuel dans de bonnes conditions, ainsi que des rencontres avec les parents (avec ou sans leur adolescent, en fonction des moments et des indications) qui permettent d'évaluer la dynamique familiale et de sensibiliser les parents à la nécessité d'un suivi (P. Alvin et D. Marcelli, 2005). L'hospitalisation prolongée en milieu psychiatrique spécialisé n'est préconisée que dans des cas particuliers. Une hospitalisation de ce type peut être indiquée quand l'acte suicidaire est à l'évidence l'expression symptomatique d'une perturbation grave (dépression grave d'allure mélancolique, épisode de délire aigu, suspicion de schizophrénie) ou quand l'environnement habituel paraît particulièrement pathologique, pathogène ou déstructuré.

***Mesures à moyen et long termes.* —** Autant les mesures immédiates sont généralement aisément acceptées par l'adolescent comme par sa famille, autant il est difficile d'assurer de façon durable un cadre thérapeutique adapté. Il arrive parfois que seule la survenue d'une répétition puisse finalement relancer l'établissement d'un projet thérapeutique crédible au long cours.

Suivi psychiatrique ambulatoire. — Toutes les études montrent que le taux d'observance est assez faible : 59 % des suicidants sont perdus de vue en moyenne (A. Spirito et coll., 1992). L'observance semble meilleure pour les prescriptions médicamenteuses (66 %) que pour une thérapie individuelle (51 %) ou une thérapie familiale (33 %). Une mauvaise observance serait corrélée à l'existence de troubles psychiques chez les parents et d'un dysfonctionnement familial (C.A. King et coll., 1997).

Psychothérapies. — K. Hawton et col. (2002) ont analysé près de 23 études randomisées sur ce sujet mais seules deux d'entre elles portaient exclusivement sur des adolescents suicidants. Les auteurs concluent à l'absence de résultat significatif des psychothérapies mais les critères d'évaluation restent imprécis. Chez l'adulte, la seule psychothérapie ayant

« fait la preuve » d'une efficacité est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de douze mois chez des sujets borderline (M.M. Linehan et coll., 1991). Quelques études portent exclusivement sur les adolescents et comparent des stratégies thérapeutiques. En 2001, A. Wood et coll. comparent deux populations d'adolescents randomisées, ayant tous effectués une TS. Les uns ont une prise charge habituelle (consultation et soutien), les autres bénéficient d'une participation à un groupe thérapeutique. S'il n'y a aucune différence entre les deux populations pour l'évolution de la dépression et des idées suicidaires, en revanche les adolescents qui ont participé au groupe font moins de récidives suicidaires (6 % contre 32 % pour les autres) et dans un délai plus long. Donaldson et coll. comparent à trois et six mois deux groupes d'adolescents ayant été hospitalisés en pédiatrie après une TS : un groupe reçoit une thérapie de type cognitivo-comportemental et l'autre une thérapie dite de soutien. Pour les deux groupes l'observance est meilleure (60 %) qu'en l'absence de protocole rigoureusement défini mais il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes au terme de l'étude.

Traitement médicamenteux. — Il n'existe pas d'étude spécifique chez l'adolescent suicidaire ; cependant Gould et coll. soulignent l'intérêt de la prescription d'IRS chez l'adolescent ayant des idéations suicidaires ou après une TS. Mais les récentes recommandations de l'AFSSAPS (10 décembre 2004) doivent inciter à une grande prudence (J.-C. David et D. Marcelli, 2005). La présence d'une dimension impulsive chez l'adolescent suicidaire impose une extrême réserve pour ce type de prescription *(cf.* sur ce point précis le paragraphe : Prescriptions médicamenteuses chez l'adolescent déprimé).

Aménagements de vie. — Au long cours, en particulier lorsque prédominent les distorsions dans les relations familiales, une solution d'internat peut être préconisée, internat spécialisé si l'adolescent présente des manifestations de souffrance psychique.

Les actions de prévention en matière de suicide

Programmes de prévention mis en place dans les écoles

CAMPAGNES D'INFORMATION SUR LE SUICIDE. — Il s'agit d'augmenter la prise de conscience du phénomène suicidaire pour faciliter les appels à l'aide et pour préparer les adolescents à identifier les pairs en difficulté ou à risque. De nombreuses études ont été réalisées dans ce domaine et quelques-unes ont montré l'intérêt d'une meilleure connaissance du sujet, des attitudes et du comportement à adopter pour une aide efficace. Cependant, d'autres études n'ont montré aucun bénéfice apporté par ces programmes d'information, certaines rapportant même qu'ils peuvent avoir des effets délétères

(D. Shaffer et coll., 1990 ; M. Gould, 2001). À ce jour, le niveau de preuve pour ces programmes est insuffisant.

ENTRAÎNEMENT AUX COMPÉTENCES. — Contrairement aux actions précédentes, l'objectif n'est pas ici d'informer mais d'améliorer les stratégies de coping, ainsi que les compétences cognitives et la capacité à résoudre un problème. Plusieurs études ont montré des résultats encourageants avec à l'évidence une baisse des suicides aboutis et des TS (F.J. Zenere et P.J. Lazarus, 1997 ; E.A. Thompson et coll., 2000, 2001).

FORMATION AU REPÉRAGE. — Il s'agit d'améliorer l'identification des sujets à risque ou en crise et de développer les compétences du personnel de santé scolaire (infirmière, assistante sociale) ou du personnel tout venant (conseiller d'éducation, enseignant, etc.) en matière de suicide (Y. Gervais et D. Marcelli, 1994). Cependant, moins le personnel sensibilisé a une formation initiale de soin ou dans le domaine de la santé, plus le nombre de faux positifs est élevé (*cf.* ci-après).

AIDE AUX PAIRS. — Ces campagnes d'information visent à améliorer l'identification par les pairs des adolescents en difficulté. Il y a peu d'évaluations de ces pratiques mais on n'a pas noté d'effet délétère. Cependant, le niveau de preuve semble insuffisant par rapport à l'éventuel bénéfice apporté par ce genre d'intervention (M.W. Lewis et C. Lewis, 1996).

PROGRAMME DE DÉPISTAGE. — Le dépistage est centré sur la dépression, les abus de substances toxiques, les idées suicidaires récentes et fréquentes, et sur les antécédents de TS. Il s'effectue à l'aide d'un questionnaire individuel ou par un entretien individuel. Les études publiées (D. Shaffer et coll., 1999 ; C.A. Thompson et coll., 1999) ont montré que ces dépistages avaient une sensibilité comprise entre 83 et 100 % ; mais la spécificité se situe entre 51 et 76 % seulement. S'il n'y avait que peu de faux négatifs, il y avait un nombre important de faux positifs. Pour les sujets « positifs » à ce questionnaire, une seconde évaluation doit donc être réalisée, cette fois-ci systématiquement par un clinicien qui se sert d'échelles d'évaluations centrées sur les conduites suicidaires et sur les diagnostics psychiatriques. Ceci pose la question des moyens humains disponibles après avoir repéré les éventuels sujets à risque. En outre, toutes ces stratégies de dépistage sont opérateur-dépendants.

ACTIONS DE « POST-VENTION ». — Ces interventions apparaissent comme essentielle dans le contexte de crise que suscite une TS et *a fortiori* un suicide au sein d'une collectivité. Elles ont pour objectifs d'identifier puis de prendre en charge des individus à risque après un suicide. P. Hazell et T. Lewin ont étudié l'efficacité d'un groupe de parole de 90 minutes effectué auprès de 20 à 30 étudiants une semaine après un suicide : aucune différence

significative n'a été constatée entre ceux ayant bénéficié du groupe et les autres (1993). Inversement, S. Poijula et coll., en 2001, notent l'absence de survenue d'un suicide pendant les quatre années suivantes dans les écoles qui avaient bénéficié de ce type d'intervention tandis que le nombre de suicides avait augmenté significativement dans les écoles n'ayant pas bénéficié de cette intervention de crise. Tous les auteurs soulignent qu'il est impératif que l'intervention lors d'une crise soit bien planifiée et évaluée.

Programmes de prévention mis en place au niveau de la population générale

CENTRES DE CRISES ET LIGNE TÉLÉPHONIQUE SOS (CENTRE D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE). — Peu d'études ont été réalisées chez les adolescents. Entre 1 et 6 % des adolescents utiliseraient la ligne SOS (D. Offer et coll., 1991 ; V. Vieland et coll., 1991) et seulement 4 % de ces appels téléphoniques concerneraient le suicide. Cependant, 14 à 18 % des adolescents suicidaires ont appelé un centre d'écoute téléphonique (A.L. Beautrais et coll., 1998).

RESTRICTION DE L'ACCÈS AUX ARMES À FEU ET DES AUTRES MOYENS LÉTAUX. — Aux États-Unis l'utilisation d'armes à feu représente le premier mode de suicide. L'importance de l'impulsivité dans le passage à l'acte suicidaire de l'adolescent accroît la dangerosité de la présence d'armes à feu aisément accessible. En France, il y a certes moins d'armes à feu en circulation mais il ne faut pas ignorer la présence d'armes de chasse en particulier dans les campagnes. D'après D.A. Brent et coll., (1991, 2000), la présence d'une arme à feu à domicile constitue un facteur de risque de suicide important chez l'adolescent, notamment chez l'adolescent ne présentant pas de pathologie psychiatrique patente. Plusieurs études ont montré une baisse du taux de suicide par arme à feu après réduction de l'accès et de la disponibilité : mode de stockage de l'arme (non chargée, démontée, sécurité enclenchée, etc.) (M. Humeau et coll., 2007). Cependant, D.A. Brent et coll. ont constaté que les parents d'adolescents déprimés appliquaient moins fréquemment les consignes de sécurité concernant le stockage des armes à feu à domicile (2000). De nombreuses études ont, par ailleurs, montré le rôle de certaines réglementations en matière d'arme à feu sur le taux de suicide par arme à feu et sur le taux global de suicide même si certains auteurs défendent l'idée d'un switch de méthode de suicide après restriction de l'accès à certains moyens (M. Humeau et coll., 2006). D'autres auteurs soulignent l'importance de la restriction des moyens les plus létaux tels que les armes à feu ou encore l'accès aux voies ferrées ou encore la disponibilité des médicaments potentiellement mortels en cas de surdosage (M. Humeau et coll., 2007).

ÉDUCATION DES MÉDIAS PAR RAPPORT AU PHÉNOMÈNE DE CONTAGION. — Des recommandations ont été proposées aux médias pour éviter le phéno-

mène de contagion du suicide. Deux études suisse et autrichienne ont montré une réelle efficacité de ces programmes de prévention (E. Etzerdorfer et G. Sonneck, 1998 ; K. Michel et coll., 2000).

Programmes de prévention destinés aux soignants

Il s'agit de programmes d'éducation ou d'entraînement des médecins et des pédiatres par rapport aux stratégies de prévention du suicide. Une étude réalisée en Caroline du Nord a montré que, bien que les adolescents suicidaires consultent fréquemment leur médecin généraliste dans les jours qui précèdent le passage à l'acte, moins de 50 % des médecins exploraient en routine les idéations suicidaires (R. Voelker, 1999) et le risque de suicide chez les adolescents, pourcentage tout à fait analogue à celui retrouvé dans une enquête en Poitou-Charente (M. Legeay, 2005). En Australie, J.J. Pfaff et coll. (2001) ont montré qu'un seul jour d'entraînement pour un effectif de 23 médecins augmentait le dépistage des idées de suicide de 32,5 % et des patients suicidaires de 130 % ! P. Binder a proposé pour les adolescents un test simple de dépistage en médecine générale baptisé TSTS (recherche d'antécédent de traumatisme, de trouble du sommeil, de consommation de tabac, de stress : facteurs de risque habituellement associés aux idées suicidaires ou à des antécédents de TS) donnant aux médecins généralistes une stratégie d'approche progressive des idées et des gestes suicidaires (P. Binder et F. Chabaud, 2004 ; P. Binder, 2005). La formation à ce TSTS augmente sensiblement le niveau du dépistage spécifique (M. Legeay, 2005).

CONCLUSION : POUR UN PROTOCOLE D'ÉVALUATION APRÈS UNE TS

Tout adolescent suicidaire ou ayant des idées suicidaires devrait bénéficier d'un protocole d'évaluation pouvant être effectué par tout médecin, qu'il s'agisse du psychiatre, d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste de première ligne (D. Marcelli, 2005 ; D. Marcelli et E. Berthaud, 2001). Devant tout geste suicidaire, le premier acte ou plutôt la première attitude, tant de soin que de prévention consiste, pour chaque intervenant du monde médical, social et psychologique, à être convaincu qu'une tentative de suicide chez un adolescent est un acte potentiellement grave qui ne doit en aucun cas être banalisé d'emblée. La banalisation immédiate, avant que le bilan d'évaluation ci-dessous détaillé ne soit effectué, procède de la conspiration du silence, risque de conforter la même banalisation chez l'adolescent ou ses parents qui souvent ne demandent que cela, et peut être tenue comme une faute professionnelle ou une non-assistance à personne en danger potentiel. Cette position ne signifie pas qu'au terme de ce bilan toute TS sera

automatiquement jugée comme très grave ou compromettant la santé mentale de ce jeune : il y a des TS qui peuvent être considérées comme de gravité minime, mais seulement après l'évaluation. Enfin, nous avons aussi pour habitude de dire qu'un adolescent effectuant une TS est dans la très grande majorité des cas un « adolescent qui veut vivre… mais autrement », la TS apparaissant comme une demande, certes maladroite, d'autre chose. Dans ces conditions, l'objectif du traitement sera précisément d'essayer d'introduire du changement dans les conditions de vie de cet adolescent et celui de l'évaluation de juger de l'acceptation ou la résistance individuelle et/ou familiale à ce changement.

CALMER, CONTENIR, PROTÉGER

La seconde attitude qui participe aux soins a pour objectif essentiel de calmer, contenir et protéger. L'acte suicidaire correspond souvent à une excitation débordante et traumatique que l'adolescent n'est pas parvenu à contenir par ses seuls mécanismes de défense psychique. L'excitation entoure fréquemment le geste suicidaire majorant l'excitation interne et participant à une sorte de renforcement négatif. Pour peu que cette excitation de l'entourage combinée à celle du jeune soit l'occasion de bénéfices secondaires notables (par exemple, atténuation temporaire des conflits familiaux ou obtention par l'adolescent de ce que ses parents lui refusaient avant la tentative), alors les conditions d'une appétence traumatophilique peuvent être posées, ce qui conduit à une menace accrue de répétition. Mais calmer ne signifie en aucun cas banaliser !

Calmer signifie que le consultant de première ligne ne réagit pas par des contre-attitudes où sa propre subjectivité l'emporte sur l'évaluation objective de la situation, ne formule pas un « pronostic » immédiat avant toute évaluation sérieuse et argumentée (que ce pronostic soit faussement rassurant et banalisant : « ce n'est rien... », ou qu'au contraire il soit d'emblée alarmiste comme on le voit parfois : « attention c'est très grave, ça va recommencer... »). De ce point de vue, l'existence de protocole à suivre en cas de TS apparaît comme un guide précieux, rassurant le clinicien à certains égards, lui donnant des stratégies et une « conduite à tenir » (selon l'expression médicale consacrée), toutes choses susceptibles de canaliser l'angoisse des uns et des autres, celle des proches du suicidant comme celle des professionnels.

Contenir consistera à s'assurer, autant que faire se peut, que les délimitations interindividuelles intra-familiales sont respectées, que l'excitation du sujet ne le détruira pas lui-même et qu'il existe des moyens autres que le geste suicidaire pour tenter d'évacuer une excitation débordante ; bien sûr, cet apprentissage demande un minimum de temps et repose en grande partie sur la qualité du cadre de soin initial.

Protéger, conduit le clinicien à poser des limites, somatiques comme psychologiques, à l'adolescent comme aux parents, face à un acte dont il est, dans l'immédiat, souvent difficile de connaître la signification psychopathologique et de prévoir les conséquences concrètes. En France, l'option a été prise de choisir d'hospitaliser les suicidants pour répondre au mieux à ces deux derniers objectifs, contenir et protéger, mais cette option va souvent à l'encontre de la première et est susceptible de rajouter de l'excitation à une situation individuelle et familiale qui en présente déjà trop ! En matière de programme de prise en charge, de nombreuses stratégies ont été proposées : prise en charge ambulatoire intensive temporaire (interventions de crise), hospitalisation de jour, protocole thérapeutique particulier souvent dans le cadre d'une thérapie brève (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale), etc. Dans la littérature scientifique, on ne trouve pas d'études comparant l'efficacité de ces diverses méthodes et quand bien même il y en aurait, il resterait à savoir ce qu'on évalue vraiment et sur quelle durée porte cette évaluation (six mois, un an, plusieurs années). Il est donc très difficile d'avoir une idée objective et argumentée pour justifier de tel ou tel modèle de prise en charge, le « consensus » ayant en cette affaire valeur de « preuve », mais de quoi ?

LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE INDIVIDUELLE ET FAMILIALE

Devant un sujet qui a fait une tentative de suicide, récente ou plus ancienne, ou devant un sujet qui évoque la possibilité d'un passage à l'acte suicidaire, il est indispensable de rechercher un certain nombre de manifestations symptomatiques ou de comportements associés (facteurs de risque). On peut distinguer les symptômes de premier rang (la dimension anxio-dépressive), de second rang (la dimension impulsive et l'organisation de la personnalité), de troisième rang (le contexte environnemental).

Les facteurs de premier rang : la dimension anxio-dépressive :

– recherche des idéations suicidaires, en distinguant si possible les idées suicidaires (penser à se tuer), les intentions suicidaires (penser à se tuer de telle façon) et les projets suicidaires (planifier et se procurer le matériel nécessaire pour accomplir le projet, par exemple : accumuler les médicaments et les dissimuler ou acheter une corde pour se pendre et la cacher en attendant le jour convenu). Il y a, bien sur, une gradation dans la gravité potentielle (Stoelb et Chiriboga, 1998) ;

– recherche de tentatives de suicide antérieures ;

– existence d'un sentiment de désespoir (« tout ça ne sert à rien, tout est inutile, personne ne peut m'aider, sauf la mort... ») ;

– présence de troubles affectifs anxieux ou dépressifs. La probabilité de la TS ou de la récidive semble corrélée avec l'intensité de ces manifestations symptomatiques (B.M. Stoelb et J. Chiriboga, 1998 ; D.B. Goldston et coll., 1998).

La présence d'un ou de plusieurs de ces symptômes doit impérativement imposer une action de soin énergique, de préférence une hospitalisation immédiate plutôt qu'une prise en charge ambulatoire initiale : il s'agit en priorité de protéger ce jeune d'une menace de récidive précoce puis de traiter cette souffrance dépressive...

Les facteurs de second rang : la dimension impulsive et les troubles de personnalité :

– recherche de conduites impulsives : fugues, bagarres, conduites violentes à l'égard des objets ou de personnes, passages à l'acte divers, accidents à répétition, etc.

– recherche de consommations abusives de produits, en particulier dans une dimension auto-thérapeutique que définit l'usage à risque ou l'usage nocif (tabac, alcool, haschisch, médicaments auto-administrés) (B.M. Stoelb et J. Chiriboga, 1998 ; D.B. Goldston et coll., 1998) ;

– recherche de trouble de personnalité, en particulier trouble de l'identité de genre (homosexualité).

La présence des facteurs de second rang fait craindre une récidive mais pas nécessairement précoce. L'objectif prioritaire ici est de contenir aussi bien l'impulsivité de ce jeune que celle fréquemment associée à son cadre de vie. L'hospitalisation n'est peut-être pas systématiquement nécessaire, mais une approche thérapeutique rapide et relativement intense est, elle, indispensable. Des aménagements de vie sous forme d'internat, de foyer, peuvent s'avérer nécessaires.

Les facteurs de troisième rang : famille, environnement :

– évaluer la qualité du fonctionnement familial, en particulier repérer tous les facteurs de désorganisation relationnelle ou sociale : séparation, divorce mais surtout conflits parentaux majeurs et durables, antécédents de violence familiale entre conjoints ou de sévices physiques sur les enfants (le sujet lui-même ou les membres de sa fratrie), antécédent d'abus sexuel, maladie mentale des parents, en particulier trouble dépressif, consommation abusive et dépendance, antécédents familiaux de suicide, etc. ;

– évaluer la qualité des relations entre l'adolescent et ses parents (degré de tension, de satisfaction dans ces relations) ;

– évaluer la qualité de l'environnement et des relations sociales du jeune : isolement social, repliement et difficultés relationnelles ou au contraire relations fréquentes et multiples avec les pairs au détriment des relations avec la famille.

La présence de ces facteurs familiaux ou environnementaux fait craindre une banalisation et une absence de réaménagement après la TS, propice à une récidive. La nécessité d'impliquer l'entourage, les parents au premier chef, est essentielle dans ce contexte. Une prise en charge familiale, au minimum l'adolescent et ses parents, sera souvent utile dans un premier temps avant de proposer un soin à l'adolescent lui-même.

Les facteurs de troisième rang : les événements de vie :

– une exposition récente au suicide, et à moindre degré à une TS dans la famille et plus encore parmi les pairs. On recherchera un suicide ou une TS récent dans l'entourage, en définissant le degré d'implication du jeune par rapport à cette personne (très familier, bien connu, lointain) ; recherche d'un suicide (ou d'une TS) parmi les pairs : petit(e) ami(e), camarade de classe, voisin(e), cousin(e), etc. ;

– les facteurs de stress : conflit avec les copains, rupture sentimentale, mauvais résultats scolaires chez un bon élève qui surinvestit sa scolarité, punition, examen important, déménagement, etc.

La présence de tels événements de vie doit faire envisager des mesures de protection et une intervention dite « de crise », d'autant plus que les facteurs de premier ou second rang sont présents. Des aménagements de vie transitoires, une hospitalisation de courte durée peuvent protéger et apaiser un adolescent dont la tension anxieuse peut devenir débordante.

Effectuer cette évaluation, c'est-à-dire clarifier les divers points, les faire préciser par l'adolescent, rencontrer le groupe familial, s'informer de son entourage et de ses relations sociales, rechercher dans le passé récent ou ancien, familial et amical des histoires de suicides ou de TS, peut en soi avoir valeur de soin quand l'adolescent est ainsi amené à donner des informations sur lui-même et sur son environnement, informations sur lesquelles ultérieurement il pourra peut-être engager une réflexion. Les quelques entretiens nécessaires à ce recueil servent alors de psychothérapie brève dans un contexte de sollicitude empathique et sont souvent la première et la seule approche relationnelle qui soit acceptée initialement.

BIBLIOGRAPHIE

GOULD M., GREENBERG T., VELTING D., SHAFFER D. : Youth suicide risk of preventive interventions : a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2003, *42*, 4.

MARCELLI D., HUMEAU M. : Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. *Encycl. Med. Chir.*, Elsevier-Masson, Paris, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-216-H-10, 2006, 11 p.

MARCELLI D., BERTHAUT E. : *Dépression et tentative de suicide à l'adolescence*. Masson, Coll. Les âges de la vie, Paris, 2001, 1 vol.

POMMEREAU X. : *L'adolescent suicidaire.* Dunod, Paris, 1996.

STEWART S..E., MANION I.G., DAVIDSON S. : Emergency management of the adolescent suicide attempter : a review of the literature. *J. Adolesc. Health*, 2002, *30* (5), 312-25.

AGERBO E., NORDENTOFT M., MORTENSEN P.B. : Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people nested case-control study. *BMJ*, 2002, 325-74.

ALVIN P. : Suicidal adolescents : lessons to be learned from early intervention. *J. Paediatr. Child Health*, 1993, *29*, suppl. 1, S20-S24.

ALVIN P., MARCELLI D. : *Médecine de l'adolescent.* 2e édition, Masson, Paris, 2005, 1 vol., 453 p.

ALLEON A.M., MORVAN O. : « Je voulais en finir ». *In : Adolescence et suicide.* Sous la direction de F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak. Masson, Coll. Médecine et Psychothérapie, Paris, 1995, 116-123.

APTER A. : Le comportement suicidaire à l'adolescence : continuité et discontinuité. *In : Adolescence et suicide.* F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak, Masson, Paris, 1995, 84-91.

ASKENAZY F., SORCI K., BENOIT M. et coll. : Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior. *J. Affect. Disord.*, 2003, *74*, 219-227.

BEAUTRAIS A.L., JOYCE P.R., MULDER R.T. : Risk factors for serious suicide attemps among youths aged 13 through 24 years. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry,* 1996, 35-9, 1174-1182.

BEAUTRAIS A.L., JOYCE P.R., MUDLER R.T. : Psychiatric contacts among youths aged 13 througt 24 years who have made serious suicide attempts. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, *37*, 504-511.

BENNETT P.J., MCMAHON W.M., WATABE J. et coll. : Tryptophan hydroxylase polymorphisms in suicide victims. *Psychiatr. Genet*, 2000, *10*, 13-17.

BILLE-BRAHE U., SCHMIDTKE A. : Conduites suicidaires des adolescents : la situation en Europe. *In : Adolescence et suicide,* sous la direction de F.

Ladame, J. Ottino, C. Pawlak, Masson, Coll. Médecine et Psychothérapie, Paris, 1995, 1 vol.

BINDER P., CHABAUD F. : Dépister les conduites suicidaires des adolescents : conception d'un test et validation de son usage. *Rev. Prat. Med. Gen.*, 2004, *18*, 650, 576-580.

BINDER P. : Comment aborder l'adolescent en médecine générale? *Rev. Prat.*, 2005, *55*, 10, 1073-1080.

BLAKE S.M., LEDSKY R., LEHMAN T. et coll. : Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents : the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *Am. J. Public Health*, 2001, *91*, 940-946.

BOBIN E., SARFATI Y. : Tentatives de suicide à répétition : peut-on arrêter les « récidivistes »? *Nervure*, 2003, *16*, 3, numéro spécial, 14-18.

BRENT D.A., PERPER J.A., GOLSTEIN C.E. et coll. : Risk factors for adolescent suicide : a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*, 1988, *45*, 581-588.

BRENT D.A., HOLDER D., KOLKO D. et coll. : A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive family, and supportive therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1997, *54*, 877-885.

BRENT D.A., PERPER J.A., ALLMAN C.J. et coll. : The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides : a case-control study. *JAMA*, 1991, *266*, 2989-2995.

BRENT D.A., PERPER J.A., MORITZ G.M. et coll. : Adolescent witness to a peer suicide. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1994, *89*, 52-58.

BRENT D.A., BAUGHER M., BRIDGE J. et coll. : Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1999, *38*, 1497-1505.

BRENT D.A., BAUGHER M., BIRMAHER B. et coll. : Compliance with recommendations to remove firearms in families participating in a clinical trial for adolescent depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000, *39*, 1220-1226.

BROWN L.K., OVERHOLSER J., SPIRITO A., FRITZ G.K. : The correlates of planning in adolescent suicide attemps. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1991, *30*, 1, 95-99.

BRUNSTEIN K., MAROCCO F., KLEINMAN M. et coll. : Bullying, depression and suicidality in adolescents, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007, *46*, 1, 40-49.

CARBONE P., GINO M. : La mort et l'inchangé. *In : Adolescence et suicide.* Sous la direction de F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak. Masson, Coll. Médecine et Psychothérapie, Paris, 1995, 110-116.

CHABROL H. : *Les comportements suicidaires de l'adolescent*. PUF, collection Nodules, Paris, 1992, 1 vol.

CHOQUET M., GRANBOULAN V. : *Les jeunes suicidants à l'hôpital.* EDK, Paris, 2004, 192 p.

CHOQUET M., LEDOUX S. : *Adolescents. Enquête nationale.* Inserm, Paris, 1994, 1 vol., 346 p.

DAVID J.C., MARCELLI D. : Peut-on et comment prescrire un psychotrope chez l'adolescent? *Rev. Prat.*, 2005, *55*, 1081-1087.

DAVIDSON F., CHOQUET M. : *Le suicide de l'adolescent* : *étude épidémiologique et statistique*. ESF, Paris, 1981, 1 vol., 132 p.

DONALDSON D., SPIRITO A., EXPOSITO-SMYTHERS C. : Treatment for adolescents following a suicide attempt : resuls of a pilot trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2005, *44*, 2, 113-120.

ETZERSDORFER E., SONNECK G. : Preventing suicide by influencing mass-media reporting : the Viennese experience 1980-1996. *Arch. Suicide Res.*, 1998, *4*, 67-74.

FACY F., JOUGLA E., HATTON F. : Épidémiologie du suicide de l'adolescent. *Rev. Prat*., 1998, *48*, 1409-1414.

FERGUSSON D.M., HORWOOD J., BEAUTRAIS A.L. : Is sexual orientation related to mental health. Problems and suicidality in young people? *Arch. Gen. Psychiatry*, 1999, *56*, 876-889.

FERGUSSON D.M., LYNSKEY M. : Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995, *34*, 612-622.

FERGUSSON D.M., HORWOOD L.J., LYNSKEY M.T. : Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II : psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1996, *35*, 1365-1374.

FERGUSSON D.M., WOODWARD L.J., HORWOOD L.J. : Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol. Med.*, 2000, *30*, 23-39.

GAREL P. : Comportements suicidaires et pertinence de l'intervention de crise. *In :* Ladame F., Ottino J. et Pawlack C. *Adolescence et suicide*, Masson, Paris, 1995, 165-172.

GASQUET I., CHOQUET M. : Gender role in adolescent suicidal behavior : observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatr. Scand*., 1993, *87*, 59-65.

GASQUET I., CHOQUET M. : Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence. *In : Adolescentes-Adolescents. Psychopathologie différentielle.* Bayard, Paris, 1995, 1 vol., 81-89.

GERVAIS Y., MARCELLI D. : Formation et régulation d'équipes d'adultes-relais en milieu scolaire. *Communication au Congrès européen de prévention des toxicomanies.* Aix-la-Chapelle (Allemagne), 13 et 14 octobre 1994. Actes du congrès.

GISPERT M., WHEELER K. : Suicides de l'adolescent et stress récents et au long cours. *In : Le développement en péril*, sous la direction de Anthony E.J., Chiland C., PUF, Paris, Coll. Fil Rouge, 1992, 1 vol., 459-470.

GOLSTON D.B., DANIEL S., REBOUSSIN D.M. et coll. : First-time suicide attempters, repeat attempters and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1996, *35*, 5, 631-639.

GOLSTON D.B., DANIEL S.S., REBOUSSIN B.A. et coll. : Psychiatric diagnosis of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1998, *37*, 9, 924-932.

GOULD M.S., KING R., GREENWALD S. et coll. : Psychopathology Associated with suicidal ideationand attempts among children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1998, *37*, 9, 915-923.

GOULD M.S., FISHER P., PARIDES M. et coll. : Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996, *53*, 1155-1162.

GOULD M.S. : Suicide and the media. *In :* Suicide Prevention : Clinical and Scientific Aspects. *Annals of the New York Academy of Sciences.* Hendin H., Mann J.J., eds. New York Academy of Sciences, 2001.

GROHOLT B., EKEBERG O., WICHSTROM L., HALDORSEN T. : Young suicide attempters : a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000, *39*, 868-875.

GROHOLT B., EKEBERG O., WICHSTROM L., HALDORSEN T. : Youth suicide in Norwayn 1990-1992 : a comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide Lige Threat Behav*, 1997, *27*, 250-263.

GRUNBAUM J.A., KANN L., KINCHEN S.A. et coll. : Youth risk behavior surveillance. United States, 2002 MMWR CDC *Surveill. Summ*, 2002, *51* (SS4), 1-64.

HARRINGTON R., BREDENKAMP D., GROOTHUES C. et coll. : Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III Links with suicidal behaviours. *J. Child Psychol. Psychiat.,* 1994, *35*, 7, 1309-1319.

HAWTON K., TOWNSEND E., ARENSMAN E. et coll. : Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2002, *2*, CD001764.

HAZELL P., LEWIN T. : An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav.*, 1993, *23*, 101-109.

HERREL R., GOLDBERG J., TRUE W.R. et coll. : Sexual orientation and suicidality. A co-twin control study in adult men. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1999, *56*, 867-874.

HUMEAU M. et coll. : Disponibilité des armes à feu et risque suicidaire : revue de la littérature. *Ann. Med. Psychol.*, Séance du lundi 27 novembre 2006, 9 p.

HUMEAU M. et coll. : Effets des réglementations en matière d'utilisation et de détention des armes à feu sur le taux de suicide. *Médecine et droit*, 2006, 134-141.

HUMEAU M., SENON J.L. : Pour un meilleur contrôle des armes à feu en France. *L'Info Psy*, 2007, *4* (83), 265-268.

HUTTEN A., HANG G.X., WASSERMAN D. et coll. : Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe frequency, timing and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2001, *10*, 161-169.

JEAMMET P., BIROT E. : *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte;* PUF, Paris, 1994, 1 vol., 265 p.

JEAMMET P. : Les destins de l'auto-érotisme à l'adolescence. *In : Devenir adulte ?* Ouvrage collectif sous la direction de A.M. Alléon, O. Morvan, S. Lebovici, PUF, Paris, 1990, 52-80.

JEAMMET P. : Addiction, dépendance, adolescence, réflexions sur leurs liens, conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. *In : Les nouvelles addictions.* Sous la direction de J.L. Venisse, Masson, Paris, 1991, 10-29.

KESSLER R.C., BORGES G., WALTERS E.E. : Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry,* 1999, *56*, 617-626.

KIENHORST C.W., DE WILDE E.J., DIEKSTRA R.F., WOLERS W.H. : Construction of an index for predicting suicide attemps in depressed adolescent. *Brit. J. Psychiatry,* 1991, *159*, 676-682.

KING C.A., HOVEY J.D., BRAND E. et coll. : Suicidal adolescents after hospitalisation : parent and family impacts on treatment follow-through. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, *36*, 85-93.

KOVACS M., GOLDSTON D., GATSONIS C. : Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders : a longitudinal investigation. *J. Am. Acad. Child Psychiatry,* 1993, *32*, 8-20.

LADAME F., OTTINO J., PAWLAK C. : *Adolescence et suicide;* Masson, Paris, 1995, 1 vol.

LADAME F., PERRET-CATIPOVIC M., CHOQUET M. et coll. : Conditions et enjeux de la prévention du suicide des jeunes. *In : Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* sous la direction de J.L. Venisse, D. Bailly, M. Reynaud, Masson, Paris, 2002.

LARSSON B., IVARSSON T. : Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1998, *7*, 201-208.

LAUFER M., LAUFER M.E. : *Adolescence et rupture du développement : une perspective psychanalytique.* PUF, Paris, 1989, 1 vol.

LEGEAY M. : *L'adolescent et le médecin généraliste : évolution des pratiques cliniques.* Thèse, Poitiers, 2005, 127 p.

LEWINSOHN P.M., ROHDE P., SEELEY J.R., BALDWIN C.L. : Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2001, *40*, 427-434 ;

LEWIS M.W., LEWIS C. : Peer helping programs : helper role, supervisor training, and suicidal behaviour. *J. Couns. Dev.*, 1996, *74*, 307-313.

LINEHAN M.M., ARMSTRONG H.E., SUAREZ A. et coll. : Cognitive-behavior treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, *48*, 1060-1064.

MACCOTTA J.C. : *Suicide à l'adolescence : l'idée ou l'acte. Etude comparative d'adolescents suicidaires et suicidants à l'hôpital Sainte-Justine* (Montréal). Thèse pour le Doctorat en médecine, faculté de médecine de Poitiers, 1999.

MANN J.J., WATERNAUX C., HAAS G.L., MALONE K.M. : Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*, 1999, *156*, 181-189.

MARCELLI D., FAHS H. : Relation entre dépression et suicide à l'adolescence. *Nervure*, 1995, *8* (1), 26-34.

MARCELLI D. : Le syndrome de pseudo-guérison après une tentative de suicide. *Nervure*, 2002, *15*, 7, 18-21.

MARCELLI D., MEZANGE F. : Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites de risquies associées. *Neuropsychiatr. Enfanc. Adolesc.*, 2000, *48*, 163-174.

MARCELLI D. : Suivi psychologique de l'adolescent : comment repérer et aider ceux qui vont mal ? *Rev. Prat.*, 2005, *55*, 1061-1063.

MARCENKO M.O., FISHMAN G., FRIEDMAN J. : Reexamining adolescent suicidal ideation a developmental perspective applied to a diverse population. *J. Youth Adolesc.*, 1999, *28*, 121-138.

MARTTUNEN M.J., ARO H., HENRIKSSON M., LONNQVIST J.K. : Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II in suicides among 13 to 19 year olds in Finland. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1991, *48*, 834-839.

MARTTUNEN M.H., ARO H.M., LONNQVIST J.K. : Adolescence and suicide : a review of psychological autopsy studies. *Europ. Child Adolesc. Psychiatry*, 1993, *2*, 10-18.

MCDANIEL J.S., PURCELL D., D'AUGELLI A.R. : The relationship between sexual orientation and risk for suicide : research findings and future directions for research and prevention. *Suicide Life Threat Behav.*, 2001, *31* (suppl), 84-105.

MCGUFFIN P., MARUZIC A., FARMER A. : What can psychiatric genetics offer suicidology ? *Crisis*, 2001, *22*, 61-65.

McKeown R.E., Garrison C.Z., Cuffe S.P. et coll. : Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, *37*, 612-619.

Michel K., Frey C., Wyss K., Valach L. : An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis*, 2000, *21*, 1-10.

Moutia C., Fischer W., Ladame F. : Caractéristiques cliniques d'une cohorte d'adolescents suicidants : résultats préliminaires d'une étude prospective. *In : Adolescence et suicide,* sous la direction de Ladame F., Ottino J., Pawlak C., Masson, Coll. Médecine et Psychothérapeie, 67-73.

Myers K., McCauley E., Calderon R., Treder R. : The 3-years longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry,* 1991, *30*, 804-810.

Offer D., Howard K.I., Schonert K.A., Ostrow E. : To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and nondisturbed adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, *30*, 623-630.

Otto U. : Suicidal Acts by Children and Adolescents : a Follow-up Study. *Acta Psychiat. Scand*., Suppl. 233, 1972.

Pawlak C. : De l'individu au collectif : l'épidémiologie des conduits suicidaires. *In : Adolescence et suicide.* Sous la direction de F. Ladame, J. Ottino et C. Pawlak, Masson éd., Paris, 1995, 11-17.

Pfaff J.J., Acres J.G., McKelvey R.S. : Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Med. J. Aust*., 2001, *174*, 222-226.

Pfeffer C., Normandin L., Kakuma T. : Suicidal children grow up : suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1994, *33*, 1087-1097.

Platt S., Bille-Brahe U., Kerkhof A. et coll. : Parasuicide in Europe : The WHO/Euro multicenter study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analisys for 1989. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1992, *85*, 97-104.

Poijula S., Wahlberg K.E., Dyregrov A. : Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *Int. J. Emerg. Ment. Health*, 2001, *3*, 163-168.

Renaud J., Brent D.A., Birmaher B. et coll. : Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1999, *38*, 7, 846-851.

Roberts R.E., Roberts C.R., Chen Y.R. : Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, *37* (12), 1294-1300.

Rotheram-Borus M.J., Piacentini J., Van Rossem R. et coll. : Treatment adherence among Latina female adolescent suicide attempters. *Suicide Life Threat. Behav.*, 1999, *29*, 319-331

RUSSEL S.T., HOYNER K. : Adolescent sexual orientation and suicide risk : evidence from a national study. *Am. J. Public Health*, 2001, *91*, 1276-1281.

SHAFFER D., GOULD M.S., FISHER P. et coll. : Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1996, *53*, 339-348.

SHAFFER D., VIELAND V., GARLAND A. et coll. : Adolescent suicide attempters : response to suicide prevention programs. *JAMA*, 1990, *264*, 3151-3155.

SHAFFER D., CRAFT L. : Methods of adolescent suicide prevention. *J. Clin. Psychiatry*, 1999, *60*, 70-74.

SILVERMAN A.B., REINHERZ H.S., GIACONIA R.M. : The long-terme sequelae of child and adolescent abuse : a longitudinal community study. *Child Abuse Negl.*, 1996, *20*, 709-723.

SPIRITO A., PLUMMER B., GISPERT M. et coll. : Adolescent suicide attempts : outcomes at follow-up. *Am. J. Orthopsychiatry*, 1992, *62*, 464-468

STOEL B.M., CHIRIBOGA J. : A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence,* 1998, *21*, 359-370.

THOMPSON E.A., EGGERT L.L., HERTING J.R. : Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviours. *Suicide Life Threat. Behav.*, 2000, *30*, 252-271.

THOMPSON E.A., EGGERT L.L., RANDELL V.P., PIKE K.C. : Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am. J. Public Health*, 2001, *91*, 742-752.

THOMPSON E.A., EGGERT L.L. : Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1999, *38*, 1506-1514.

VEDRINNE J., WEBER D. : Les étapes de la crise suicidaire. *In : 19-20 octobre 2000. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.* Paris, John Libbey Eurotext, Fédération française de psychiatrie, 9-20.

VENISSE J.L. : *Les nouvelles addictions.* Masson, Paris, 1991.

VIELAND V., WHITTLE B., GARLAND A. et coll. : The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers : an 18 month follow-up. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, *30*, 811-815.

VOELKER R. : SSRI use common in children. *JAMA*, 1999, *281*, 1882.

WAHL V., FISCHER W., PAHUD A.L. et coll. : Tentatives de suicide multiples à l'adolescence, abus sexuel et trouble de la personnalité borderline. *Neuropsychiat. Enfance Adolesc.,* 1998, *46*, 1-2, 61-68, 3-4, 198-205.

WICHSTROM L. : Predictors of adolescent suicide attempts : a nationally representative longitudinal study of norwegian adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatric,* 2000, *39*, 5, 603-610.

WOOD A., TRAINOR G., ROTHWELL J. et coll. : Randomized trial of group therapy of repeated deliberate self-barn in adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, novembre 2001, *40*, 11.

ZENERE F.J., LAZARUS P.J. : The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide Life Threat. Behav.*, 1997, *27*, 387-403.

11 LES DIFFÉRENTS ÉTATS PSYCHOTIQUES

L'apparition des signes précoces et souvent insidieux de la schizophrénie représente une crainte qui a longtemps dominé le problème des psychoses à l'adolescence. Celles-ci prennent différentes formes. Les unes, comme la schizophrénie ou les psychoses délirantes aiguës, ne sont pas caractéristiques de cet âge mais leur survenue à cette période pose des questions diagnostiques et/ou pronostiques. Ces questions ont pris récemment toute leur importance dans la mesure où on a avancé l'idée que le pronostic dépendait de la précocité du traitement et donc de la précocité du diagnostic. D'autres états psychotiques se rencontrent spécifiquement à l'adolescence en raison de la similitude entre certains processus intrapsychiques spécifiques de cette étape du développement et certaines caractéristiques psychopathologiques propres aux états psychotiques.

INTRODUCTION : LES ENJEUX

Trois difficultés dominent en fait le problème des psychoses à l'adolescence.

PSYCHOSE OU SCHIZOPHRÉNIE : DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES DES PSYCHOSES DÉBUTANTES

En effet, de nombreux signes considérés comme prodromiques du troubles psychotique majeur, la schizophrénie, se rencontrent également de façon significative dans une population d'adolescents normaux (tableau 11-I). C'est toute la question de la distinction entre la « crise d'adolescence » et la réalité du développement d'une pathologie psychotique.

TABLEAU 11-I. – *Prévalence dans une population normale d'adolescents des signes considérés comme prodromiques (d'après McGorry et coll.,* Acta. Psychiatr Scand*, 1995).*

Pensée magique	51 %
Expérience perceptuelle inhabituelle	45,6 %
Altération marquée du fonctionnement	41,1 %
Perte marquée des initiatives	39,7 %
Comportement étrange marqué	25,2 %
Discours digressif/sur élaboré	21,7 %
Affects abrasés/inappropriés	21,7 %
Isolement/repli social	18,4 %
Diminution importante de l'hygiène	8,1 %

D'autre part, les symptômes psychotiques-« clés » : les comportements bizarres, les troubles de la pensée, les hallucinations, les idées délirantes, peuvent se rencontrer dans de nombreuses catégories diagnostiques (fig. 11-I). Plutôt qu'à un diagnostic de psychose constituée, il est ainsi important de laisser une large place aux troubles de la personnalité.

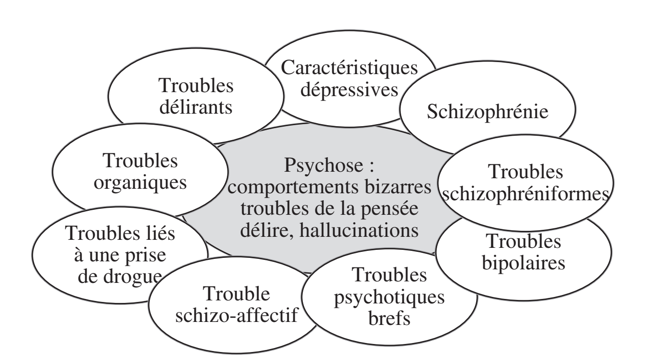


FIG. 11-I. – *Difficultés diagnostiques de la psychose débutante.*
(Source : EPPIC, cité par Grivois et Grosso, 1998).

LA QUESTION DE L'ÉVOLUTION

Face aux symptômes psychotiques apparaissant à l'adolescence, en particulier ce que les psychiatres français continuent d'appeler la « bouffée délirante aiguë », les cliniciens réservent souvent leur appréciation pronostique. En effet, dans ce contexte de bouleversements multiples qu'est l'adolescence, un « moment psychotique » peut être passager. Cependant, s'il faut être ouvert quant à la question de l'évolution, il n'en faut pas moins traiter l'épisode, en qualifiant clairement les symptômes comme appartenant au registre de la

psychose. Le piège étant de banaliser les signes cliniques sous prétexte que l'on a affaire à un adolescent et à ses éventuelles « originalités individuelles ».

LA QUESTION DU LIEN ENTRE ADOLESCENCE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOTIQUE

Nous aborderons le domaine des aspects spécifiques du processus psychotique à l'adolescence. Ces aspects révèlent la potentialité psychotique des principaux mouvements de la phase de développement que constitue l'adolescence. Ils prendront alors la forme de troubles de l'identité, d'interrogations anxieuses et désorganisantes sur les transformations corporelles ou de répartition massive et exagérée de l'énergie psychique sur l'investissement narcissique aux dépens de l'investissement objectal.

ÉPIDÉMIOLOGIE

On ne dispose que de très peu d'études épidémiologiques concernant les épisodes psychotiques aigus de l'adolescent.

PRÉVALENCE EN POPULATION GÉNÉRALE

D'un point de vue épidémiologique, si le taux de prévalence de vie entière des troubles schizophréniques est estimé à 0,2 % en population générale, les enquêtes sur la survenue des troubles psychotiques en population générale sont quasiment inexistantes.

PRÉVALENCE EN POPULATION CLINIQUE

Nous pouvons dire, selon les études, que 5 à 20 % des adolescents consultants ou hospitalisés présentent des troubles psychotiques. En 1968, A.S. Henderson étudia une population de 230 adolescents premiers consultants âgés de 14 à 19 ans. Trente-cinq d'entre eux furent considérés comme psychotiques (15 %) avec une prédominance de garçons par rapport aux filles. En 1976, I.B. Wiener et A.C. Del Gaudio étudièrent la distribution des catégories diagnostiques de 1 334 adolescents âgés de 12 à 18 ans hospitalisés ou consultants. Ils donnèrent le chiffre de 8,5 % pour la schizophrénie (dans ce dernier travail, le terme « schizophrénie » est pris au sens large. Il inclut généralement toutes les formes d'états psychotiques, aigus, réactionnels ou chroniques).

FACTEURS DE RISQUE DE DÉCOMPENSATION PSYCHOOTIQUE

Ils ont été essentiellement étudiés dans le champ de la schizophrénie, mais sont pertinents dans le domaine élargi des décompensations psychotiques (tableau 11-II).

TABLEAU 11-II. – *Les principaux facteurs de risque (adapté d'après J. Edwards et coll., 2002).*

– Histoire familiale (1er degré) de psychose +++
– Personnalité vulnérable : schizotypique, schizoïde
– Fonctionnement prémorbide altéré
– Antécédents de traumatisme crânien (TC), faible QI
– Antécédents de souffrances périnatales & obstétricales
– Événements de vie +
– Abus de substance ++

ÉTUDE CLINIQUE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

MODES DE DEBUT

Il peut être soit très insidieux et progressif, soit brutal et aigu.

Dans le cas des débuts insidieux, l'enjeu réside dans le repérage de symptômes, discrets, mais qui, ensemble, entravent petit à petit le fonctionnement du sujet, voire débouchent sur des symptômes franchement productifs. Ces signes insidieux rejoignent les signes prodromiques qui ont été identifiés dans la schizophrénie (voir ci-après).

Cependant, de tels symptômes sont *aspécifiques*, et peuvent se rencontrer dans le processus même de l'adolescence, ou dans l'expression de certains troubles de la personnalité. Il convient malgré tout de les repérer pour pouvoir débuter une prise en charge s'ils entravent la vie du sujet, et en surveiller l'évolutivité.

L'étude de l'histoire du sujet et des antécédents familiaux permet de situer un peu plus précisément l'adolescent dans une population à risque de décompensation psychotique ou non *(cf. supra).* L'entourage familial joue un rôle primordial dans le repérage plus ou moins précoce de ces symptômes insidieux, et dans l'instauration, en temps utile, de la prise en charge. On a alors un aperçu de la disponibilité psychique de la famille et de sa capacité à réagir de façon adéquate aux difficultés de son adolescent. Cet élément aura une influence sur le pronostic des troubles.

Dans le cas des débuts brutaux et aigus, le repérage pose moins de problèmes, devant des symptômes productifs bruyants : délire, hallucinations, troubles du comportement, troubles du cours de la pensée. En France, ce mode de début porte en général le nom de « bouffée délirante aiguë ». L'enjeu consistera à traiter l'épisode sans pour autant brandir trop vite le spectre stigmatisant de la schizophrénie. *À l'adolescence, il conviendra aussi d'éliminer une prise de toxiques ou une organicité sous-jacente.*

DIVERSES CATEGORIES DIAGNOSTIQUES ET DESCRIPTIONS PHENOMENOLOGIQUES

***Les états limites.* —** Dans leur article sur les différentes expressions du fonctionnement psychique à l'adolescence, M. Corcos et Ph. Jeammet (M. Corcos, Ph. Jeammet, 2002) montrent à quel point « il est important dorénavant de parler en termes de fonctionnements, de mouvements, et non plus en termes de structure psychique ». Cette dernière notion, trop figée, ne rend en effet pas compte de la formidable plasticité du fonctionnement humain, en fonction de ses éventuels facteurs de vulnérabilité générico-biologiques, de son environnement, et des différentes étapes de la vie qu'il traverse. « Un sujet peut ainsi fonctionner suivant un mode prévalent qui relève sur le plan de son fonctionnement psychique du registre névrotique, psychotique, pervers ou limite, sans pour autant être inscrit structurellement dans une pathologie nosographique correspondant à ce registre. »

Nous commençons donc, paradoxalement en apparence, le passage sur la « clinique des états psychotiques à l'adolescence » par un premier paragraphe évoquant le champ des pathologies limites. En effet, on peut observer des symptômes psychotiques aussi francs que des idées délirantes, des hallucinations, ou des troubles de cours de la pensée, sur un simple terrain de trouble de la personnalité, notamment de type état limite. Dans leur article, M. Botbol et coll. (M. Botbol et coll., 2005) citent une étude réalisée par P.H. Thomsen (P.H. Thomsen, 1996), qui montre que dix ans après un diagnostic de schizophrénie sur un groupe d'enfants et d'adolescents, 21 % présentent en réalité un trouble de la personnalité, dont 12,4 % de type borderline.

Ceci n'enlève rien à la gravité des symptômes psychotiques lorsqu'ils surviennent, et qui, encore une fois, doivent être pris en charge en tant que tels. Mais sans s'avancer sur une stigmatisation diagnostique trop rapide.

Toujours dans ce souci d'ouverture quant aux diagnostics, le trouble de la personnalité de type état limite doit lui aussi être questionné : l'adolescence étant une période de bouleversements majeurs et de remaniements psychiques permanents, on peut imaginer que l'on y observe deux sortes de sujets se présentant comme des états limite. D'une part, des sujets déjà réellement organisés sur un fonctionnement limite ; et d'autre part, des sujets pour

lesquels on pourrait dire que ce terme ne fait que décrire sémiologiquement l'ensemble de leurs symptômes, sans pour autant que le diagnostic d'état limite puisse être posé une fois pour toute : ils seraient des « états limites d'attente » (M. Botbol et coll., 2005) (M. Corcos, Ph. Jeammet, 2002).

Les bouffées délirantes aiguës et leurs équivalents nosographiques. — La nosographie psychiatrique française a traditionnellement conservé l'entité « bouffées délirantes aiguës ». On a décrit sous ce terme des épisodes à début relativement soudain, marqués par l'envahissement puis la prépondérance et le polymorphisme de la thématique délirante. Ces épisodes évoluent assez rapidement (deux à trois mois en général, moins de six mois dans tous les cas) vers une sédation du délire avec, du moins en théorie, un retour à l'état antérieur.

De nombreux autres termes peuvent se rencontrer : psychose délirante aiguë, état psychotique aigu. Dans le DSM-IV, cette catégorie diagnostique correspond aux « troubles psychotiques brefs » (durée inférieure à un mois) ou aux « troubles schizophréniformes (durée comprise entre un et six mois). Dans les pays anglo-saxons, on parle parfois aussi de « schizophrénie aiguë ».

Clinique. — Nous n'étudierons pas l'aspect sémiologique de ces épisodes délirants aigus, identique à celui de l'adulte. Rappelons la nécessité de rechercher une éventuelle prise de toxiques ou une organicité. Les thèmes délirants centrés sur les modifications corporelles, les craintes hypocondriaques, les thèmes sexuels ou mégalomaniaques, ou encore la filiation sont peut-être un peu plus fréquents que chez l'adulte. Toutefois, certains auteurs ont insisté sur la fréquence de ce qu'ils ont appelé l'*épisode catatonique aigu.* Cet épisode peut se développer en quelques heures et se manifester par une inhibition motrice majeure, un négativisme extrême ou au contraire une hyperactivité stérile et irrationnelle ; un langage et des pensées confuses et paranoïdes. Les craintes sont centrées sur des thèmes d'homosexualité, de troubles sexuels, de culpabilité sexuelle ou sur l'ensemble de ces traits qui peuvent s'associer également avec des considérations tout à fait spéciales, philosophiques ou religieuses. De façon caractéristique, ces patients catatoniques expriment des souhaits ambivalents de transformation corporelle ou font part de l'impression d'avoir changé de sexe. Ils espèrent modifier immédiatement le monde pour le purifier et pour apporter des changements à d'autres personnes, changements qu'ils ont reçus comme une révélation. Souvent ces souhaits ou ces espoirs sont mis en acte de façon tout à fait inappropriée ou provoquent des comportements agressifs.

Comme pour l'adulte, l'abord purement sémiologique donne peu d'éléments de réponse quant à la question capitale posée par les épisodes délirants aigus de l'adolescent : leur évolution. En revanche, l'étude attentive du contexte peut fournir quelques éléments de réponse.

Évolution et pronostic. — Le problème posé par les bouffées délirantes aiguës n'est pas en effet diagnostique mais pronostique : quelle sera l'évolution de l'épisode actuel? Si la régression immédiate est l'éventualité la plus fréquente, le risque de récidive et surtout le risque de désorganisation psychotique au long cours ne sont pas négligeables.

L'ÉTUDE DES ANTÉCÉDENTS. — Elle révèle parfois l'existence de difficultés antérieures jusque-là passées inaperçues ou bien tolérées par la famille : difficultés relationnelles avec un caractère « solitaire », investissement d'un secteur particulier. Parfois il s'agit de manifestations encore plus évocatrices d'un conflit psychique non surmonté comme en témoigne la persistance de phobies multiples ou surtout de rituels invalidants pendant la préadolescence. À l'inverse, parfois aucun signe de conflit mentalisé n'est retrouvé : ces enfants ont toujours été sages, ils n'ont jamais suscité de difficulté ou créé de problème. Les diverses étapes marquées normalement par un conflit ont été surmontées aisément en apparence et même trop aisément (pas de trace d'angoisse du huitième mois, pas de rejeton symptomatique témoin du conflit œdipien). Ailleurs, les divers organisateurs de la vie psychique n'ont pas trouvé leurs places (pas d'objet transitionnel par exemple). Cette apparente « aconflictualité », ce conformisme à l'environnement doivent faire évoquer l'existence d'une organisation plaquée tel qu'un faux self (Winnicott) ou d'un tableau de niaiserie (Diatkine), organisation dont la cohérence défensive ne tient plus face aux exigences pulsionnelles nouvelles de la puberté.

Quelques cas enfin évoquent l'existence d'une psychose infantile antérieure cicatrisée ou équilibrée dont la décompensation s'inaugure par un épisode en apparence aigu. Il ne s'agira alors pas tant d'un autisme infantile précoce que d'une psychose de la seconde enfance. L'existence de ces différents antécédents induit une hypothèse pronostique défavorable.

L'ÂGE D'APPARITION. — Sans être prépondérant, l'âge d'apparition constitue également un élément important de pronostic. Dans notre expérience personnelle, plus les épisodes délirants aigus apparaissent tôt, plus une évolution vers une psychose chronique est à craindre. Avant 15 ans, la majorité de ces épisodes délirants aigus évoluent en effet vers une schizophrénie. Après 15 ans, plus l'adolescent se rapproche du jeune adulte, plus l'évolution est favorable. Il semble que dans le premier cas l'extrême fragilité du Moi n'ait pas pu offrir une résistance suffisante dès les premières poussées pulsionnelles de la préadolescence : ceci traduit des défaillances primaires profondes dans l'établissement du narcissisme. En revanche, les épisodes psychotiques aigus qui apparaissent au milieu ou en fin de l'adolescence sont plus liés aux conflits propres à cette phase (conflit de désir sexuel, conflit d'identification, etc.) ; même si le Moi renonce temporairement à ses capacités adaptatives et médiatrices le fondement de l'identité narcissique semble être moins remis en cause dans cette seconde éventualité.

LES DONNÉES SÉMIOLOGIQUES. — L'existence de signes thymiques et tout particulièrement de signes expansifs est de bon pronostic. En revanche, la restriction des affects a une valeur pronostique significativement défavorable.

LES DONNÉES FAMILIALES ET SOCIOCULTURELLES. — Au point de vue familial, une charge héréditaire en troubles schizophréniques est de mauvais pronostic. Au point de vue socioculturel, la transplantation est un facteur de bon pronostic, la bouffée délirante apparaît comme le résultat de l'isolement, de la situation sociale précaire et de la situation conflictuelle aiguë, liés à la transculturation.

L'ÉVOLUTION. — Peu de travaux fournissent objectivement des données sur l'évolution. Une étude, réalisée dans les années 1990 (Carlson et coll., 1994), retrouvait les chiffres suivants : 45 % des troubles schizophréniformes surviennent avant l'âge de 20 ans; dans cette population adolescente, ils évoluent dans 58 % des cas vers une schizophrénie, et dans 18,3 % des cas vers des troubles bipolaires. (M. Botbol et coll., 2005). Antérieurement, dans son Traité de psychiatrie, J.D. Guelfi (J.D. Guelfi et coll., 3e de 1994) évoquait les chiffres suivants, concernant l'évolution des bouffées délirantes aiguës, sans distinction selon l'âge de début des troubles : 25 à 40 % d'évolution favorable, avec retour à l'état antérieur et absence de récidive; 30 à 50 % d'évolution vers des troubles bipolaires de l'humeur; 15 à 30 % d'évolution vers la constitution d'une schizophrénie.

À l'adolescence, les psychoses délirantes aiguës, en particulier les bouffées délirantes aiguës représentent donc un problème psychopathologique très intéressant (D. Marcelli et coll., 2002). Elles peuvent manifester un échec du sujet à résoudre ses conflits et témoigner d'un débordement du Moi, mais elles peuvent aussi, grâce au remaniement profond de l'équilibre intrapsychique, déboucher sur un processus dynamique aboutissant à un nouveau mode de fonctionnement mental qui échappe ainsi au blocage ou à une régression plus désorganisante.

***La schizophrénie* stricto sensu. —** L'angoissante interrogation d'un début possible de schizophrénie infiltre trop souvent le champ de préoccupations du psychiatre d'adolescents et risque d'aboutir à une attitude de repérage sémiologique appauvrissante et dangereuse. On en connaît les excès justement dénoncés : par exemple, faire de tout adolescent qui s'attarde un peu trop longtemps et complaisamment devant la glace un schizophrène doutant de son identité, ou faire d'une excentricité passagère une bizarrerie du comportement évocatrice de psychose. Il n'en reste pas moins vrai que la schizophrénie commence souvent à l'adolescence.

Le diagnostic d'une schizophrénie débutante reste difficile. Malgré l'utilisation de méthodologie plus rigoureuses dans les études les plus récentes

(Structured Interview for Prodromal Syndromes), la sensibilité et la spécificité des signes prodromiques de schizophrénie reste faible.

Il est aujourd'hui classique de distinguer trois phases évolutives :

– *une phase prémorbide* identifiant des sujets à risque ;

– *une phase prodromique* (tableaux 11-IV et 11-V) ;

TABLEAU 11-IV. – *Signes prodromiques les plus fréquents cités dans la littérature (d'après A.R. Yung et coll.,* Schiz. Bulletin*, 1996).*

– Diminution attention et concentration
– Diminution de l'énergie, des motivations
– Humeur dépressive
– Troubles du sommeil
– Anxiété
– Retrait social
– Suspicion
– Altération globale du fonctionnement scolaire et social
– Irritabilité

TABLEAU 11-V. – *Phase prodromique (cité dans Grivois et Grosso, 1998).*

– L'adolescent se plaint de ne plus pouvoir diriger ses pensées : de la difficulté récente de concentration au vide de la pensée.
– L'adolescent se plaint de ne pouvoir contrôler ses actes : de l'inertie désagréable à l'agitation désorganisée.
– L'adolescent se plaint de ne plus ressentir ses émotions : de la froideur inappropriée aux colères incontrôlables.
– Sentiments fréquents et pénibles d'être observé.
Durée : moyenne de 1 à 5 ans selon les études

– *une phase psychotique franche.*

Nous renvoyons le lecteur aux traités de psychiatrie adulte en ce qui concerne la description de l'autisme, de la discordance et du délire. On peut cependant décrire trois domaines de désorganistions caractéristiques de la phase psychotique franche :

– défaillance psychomotrice : réduction et appauvrissement progressifs et marqués des activités verbales, mentales et motrices (≠ délit) ;

– désorganisation de la pensée : pensées, paroles et/ou comportements bizarres, affects inappropriés (≠ défi) ;

– distorsion de la réalité : idées projectives permanentes, délire, hallucinations, déni.

Malgré la diversité des conduites initiales, on peut distinguer classiquement *trois grands types de début* :

– les formes aiguës dont la fréquence est estimée de 30 à 50 % selon les auteurs et qui représentaient, pour Bleuler, les deux tiers des modes d'entrée : bouffée délirante ou état confusionnel aigu, mais aussi trouble d'allure maniaque, mélancolique ou mixte, inquiétants par leur caractère

atypique. Bien qu'exceptionnels à l'adolescence, nous devons citer à part les syndromes catatoniques dont il ne faut pas oublier la possible étiologie organique (D. Cohen et coll., 2006) ;

– les formes progressives ou subaiguës : états délirants d'évolution subaiguë revêtant en général le type de l'automatisme mental mais aussi états pseudo-névrotiques ;

– les formes insidieuses les plus difficiles à détecter où s'observent volontiers un fléchissement ou même un effondrement scolaire, ailleurs des conduites bizarres impulsives ou compulsives.

L'angoisse est le trait commun à tous ces modes de début. Celle-ci est diffuse, envahissante et manque exceptionnellement. Si à cette angoisse s'associent une bizarrerie des conduites et une froideur du contact, le diagnostic s'évoque encore plus volontiers.

Après une période d'incertitude, l'ensemble de la symptomatologie apparaît en quelques mois rendant alors le diagnostic possible : en effet, *le critère d'une durée d'évolution d'au moins six mois est nécessaire pour poser le diagnostic*.

Pour mémoire, nous citerons les six critères retenus par la classification DSM-IV évoquée précédemment :

1) Au moins un des symptômes classiques de la schizophrénie (idées délirantes, hallucinations, troubles du cours de la pensée).

2) Une détérioration dans le domaine du travail, des relations sociales ou des soins personnels.

3) La présence depuis **au moins six mois** d'une « phase active ».

4) L'exclusion d'un Trouble schizoaffectif et d'un Trouble de l'humeur.

5) L'exclusion d'une affection médicale générale ou due à une substance.

6) Préciser si besoin la relation avec un Trouble autistique ou un autre Trouble évoluant du développement dans l'enfance.

La DUP. – Les études sur les antécédents de ces patients se sont multipliées, avec deux soucis principaux : rechercher dans les antécédents des patients schizophrènes des manifestations symptomatiques discrètes dites maintenant « sub-syndromiques » afin de mieux identifier les sujets dits « à risque » ; d'autre part tenter de réduire autant que faire se peut la *Duration of Untreated Psychosis* (DUP), période au cours de laquelle l'ensemble des symptômes sont présents, même si c'est de façon encore modérée, présence qui devrait permettre de poser le diagnostic et d'entreprendre un traitement. Selon ces psychiatres épidémiologistes, toutes les études au long cours montrent en effet que plus cette période sans traitement est longue, plus mauvais est le pronostic. La conclusion est évidente : tout doit être fait pour diminuer le temps de la DUP et entreprendre le plus tôt possible un traitement.

Mais comme le rappelle l'un d'entre nous, l'intérêt porté à cette DUP n'est pas sans risque : « je n'ai jamais rien lu sur l'alliance thérapeutique, sur

les effets de résistance aussi bien du jeune lui-même que de ses parents face à cette désignation potentiellement pathologique, sans parler des mouvements préconscients ou inconscients (mais existent-ils encore?). Que la période de la DUP corresponde à des dénégations, à des résistances face à l'acceptation d'une pathologie redoutée, qu'elle soit d'autant plus durable que ces résistances sont fortes, tout cela semble sinon ignoré, du moins passé sous silence. Mais une leçon doit être retenue : quand le clinicien est à peu près sûr du diagnostic, son devoir éthique doit le conduire à tout faire pour que ce patient et cette famille accepte les soins le plus rapidement possible. Se draper dans sa théorie et désigner le patient ou la famille comme responsable des atermoiements n'est pas acceptable» (D. Marcelli, 2005).

Diagnostic differentiel entre schizophrénie débutante et «crise» à l'adolescence. – Face à des actes un peu excentriques, des attitudes parfois étranges, une fugue ou une tentative de suicide inattendue, le diagnostic différentiel entre un processus schizophrénique débutant et une forme particulière de «crise d'adolescence» reste une des questions les plus classiques en clinique psychiatrique. Il faut reconnaître que bien souvent seule l'évolution et donc le temps permettront de poser un diagnostic précis : tantôt les troubles initiaux s'amenderont rapidement ou laisseront apparaître un dynamisme psychique dont l'entrave n'a été que momentanée ou très partielle; tantôt au contraire la perte de contact avec la réalité s'aggrave, l'adolescent semble progressivement ou brutalement ne plus pouvoir maîtriser son angoisse et ressentir une inquiétude, une détresse tout à fait désorganisante.

L'importance de ce critère évolutif explique que le diagnostic soit d'autant plus difficile que les troubles en sont à leur début. Par conséquent, l'attitude diagnostique consisterait alors, comme le recommande la DSM-IV, à n'évoquer le diagnostic de schizophrénie qu'après six mois au moins de troubles patents. Mais la question n'est pas purement diagnostique : lorsqu'on connaît la réversibilité à l'adolescence des troubles même les plus graves il est tentant d'agir précocement de façon adaptée. D'où le besoin d'apprécier en profondeur des troubles dont la potentialité psychotique est suspectée. Habituellement trois repères sont évoqués : les antécédents du sujet; l'aspect clinique proprement dit; une évaluation fine et détaillée du fonctionnement mental.

Les antécédents du sujet. — Parmi les antécédents du sujet, trois séries d'éléments en faveur d'une schizophrénie débutante sont recherchées : la survenue antérieure d'épisodes équivalents; les différents facteurs considérés comme caractéristiques des populations à «haut risque» de schizophrénie; les traits de personnalités schizoïdes.

Vis-à-vis d'un adolescent dont les conduites font craindre un début de schizophrénie, la première question est de savoir s'il s'agit d'un premier

épisode ou si des manifestations similaires sont déjà survenues. La première éventualité est la plus fréquente : seulement 1 % de toutes les schizophrénies apparaît avant 10 ans, et 4 % avant 14 ans (R.J. Corboz, 1969).

Nous ne pouvons cependant limiter les antécédents évocateurs de schizophrénie débutante aux seules manifestations similaires à l'épisode actuel. Sans rentrer ici dans la discussion sur la continuité ou la discontinuité entre les troubles mentaux de l'enfant et les psychoses de l'adulte, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que non seulement les psychoses infantiles mais aussi les diverses organisations pathologiques « frontières » (dysharmonies évolutives à versant psychotique, dysthymies graves, prépsychoses, parapsychoses, organisations caractérielles graves : *cf. Enfance et psychopathologie*) forment le lit d'une décompensation psychotique à l'adolescence ou à l'âge adulte. La présence de tels troubles dans l'enfance de l'adolescent chez qui on suspecte un processus schizophrénique pèse dans l'appréciation diagnostique.

D'autres antécédents sont moins évocateurs : les résultats des études sur les populations exposées à un « haut risque » de schizophrénie doivent cependant être cités. Rappelons quelques facteurs qui caractérisent ces populations à « haut risque » :

– la présence d'un ou des deux parents schizophrènes : 10 % de tous les enfants qui ont un parent schizophrène développent plus tard une schizophrénie, mais seulement 10 à 20 % des schizophrènes ont des parents schizophrènes (S.A. Shapiro, 1981) ;

– la survenue de difficultés au cours de la grossesse et de complications néo-natales dans les antécédents du sujet. La signification de ces éléments et leurs liens de causalité avec les schizophrénies restent cependant peu clairs à ce jour (S.A. Mednick, 1970) ;

– le faible poids de naissance dans les antécédents est statistiquement un élément dont l'incidence est relativement élevée. Il a été, pour certains, associé à une prédisposition génétique (R.B. Rieder, 1980) ;

– un retard dans le développement sensori-moteur a été considéré comme un facteur de « haut risque ». Mais là aussi les difficultés méthodologiques et les diverses interprétations possibles ne permettent pas de conclure clairement.

Les limites de ces enquêtes et les limites de la notion de « facteur de risque », de « vulnérabilité » ou de « compétence » ont été abordées dans *Enfance et psychopathologie* (*cf.* chap. 13). Elles gardent toute leur importance à propos de l'adolescent et nous conseillons aux lecteurs de s'y référer.

Les éléments cliniques. — Le tableau clinique d'un processus schizophrénique débutant est difficile à différencier d'un état passager de crise quand les manifestations s'installent de façon progressive et insidieuse.

L'adolescent présente une labilité déconcertante de l'humeur, oscillant entre la dépression et une exaltation dysphorique ; il fait des « crises de nerfs », devient particulièrement agressif avec ses frères et sœurs et impertinent sans raison apparente avec ses parents. Parallèlement il s'isole, semble perdu dans de longs moments de rêverie. La suspicion d'un état psychotique est renforcée par l'existence de réactions infantiles, stupides, bizarres et par une attirance vers des attitudes extrémistes. L'observation devant le miroir, signe souvent évoqué est une conduite dont l'interprétation est difficile et délicate : s'agit-il d'une perception anxieuse de la métamorphose corporelle et de la nouvelle personnalité naissante ou au contraire représente-t-elle une tentative de se défendre vis-à-vis des angoisses pathologiques de dépersonnalisation?

Dans l'ensemble, le diagnostic différentiel est difficile mais certains signes doivent cependant l'éclairer : ainsi l'adolescent non psychotique maintiendra, même au plus haut niveau de sa crise, un contact adéquat avec la réalité. Chez lui, l'étrangeté du comportement sera limitée à une sphère relationnelle assez précise, essentiellement la famille et surtout les parents, parfois le milieu scolaire mais ailleurs, en particulier au milieu de ses pairs, il apparaîtra tout à fait normal. L'opinion de l'entourage peut être intéressante à obtenir : en effet, chez cet adolescent non psychotique, le comportement restera compréhensible même à ceux qui n'ont pas de connaissance psychologique particulière ; en revanche, ce ne sera pas le cas pour le jeune schizophrène dont le comportement apparaîtra rapidement chaotique et sans but réel, même aux yeux de ses pairs.

Évidemment dans les cas où l'examen clinique lui-même ne permet pas de porter un diagnostic, les tests de personnalité fourniront une information complémentaire. Ce que l'adolescent ne peut exprimer par le langage ou l'agir, il le représente souvent dans une forme symbolique qui est plus intéressante (*cf.* chap. 3).

Analyse du fonctionnement mental du sujet. — La suspicion d'une potentialité psychotique et plus encore d'un processus schizophrénique débutant doit enfin s'appuyer sur une appréciation fine et approfondie du fonctionnement mental et de son évolution dans le cours de l'adolescence. Rappelons qu'il y a des parallélismes étonnants entre les phénomènes psychologiques normaux de la transformation de la personnalité au début de l'adolescence et le commencement d'un état psychotique. Dans les deux cas le Moi est en état de faiblesse, parfois même partiellement désintégré ; cet état s'accompagne d'un phénomène de régression. Dans les deux cas il y a une fluctuation de l'équilibre affectif associée à des tendances aux réactions dépressives et dysphoriques, à une anxiété envahissante. Dans les deux cas il y a une rupture plus ou moins brusque des liens affectifs avec l'environnement, une affirmation exagérée des tendances égocentriques renforcées par des conduites d'opposition évidente. Cette similitude

conduit plusieurs psychanalystes à évoquer des manifestations de type psychotique dans le déroulement de toute adolescence : « il est significatif de voir que, même dans le cas d'un développement normal, l'adolescent traverse parfois des périodes de retrait narcissique allant jusqu'à la perte réelle de l'objet interne et de l'identité… Pour tenter de se protéger contre les tendances pulsionnelles déchaînées, l'adolescent a parfois recours à des défenses de type primitif, telles que le déni, et à des mécanismes infantiles d'introjection et de projection. Ce qui importe alors est moins la durée que la réversibilité de ces états. Ils sont suivis normalement par un retour au monde objectal et de nouveaux progrès » (F. Jacobson, 1975). La réversibilité et la variabilité de ces états témoignent de la continuité du développement. En revanche, lorsque ces états se fixent ou s'organisent sur un mode rigide, lorsque « les conflits de culpabilité sont absents et remplacés par des conflits de honte et d'infériorité et par des craintes paranoïdes d'être abandonné sans défense, on peut supposer à juste titre des processus régressifs qui affectent le Moi et le Surmoi et annoncent un terrain propice à la schizophrénie paranoïde et à la marginalité ». Insistons enfin sur un autre mécanisme mental de défense commun aux adolescents et aux psychotiques : l'identification projective. Tout adolescent utilise l'identification projective mais l'adolescent psychotique, lui, y recourt de manière massive et prépondérante.

La distinction entre « crise d'adolescence » et troubles psychotiques paraît donc difficile si l'on ne prend en considération qu'un élément biographique particulier, une conduite, un comportement donné ou une attitude psychologique isolée. En revanche, l'évaluation de l'histoire du sujet, de ses antécédents, de l'ensemble de ses conduites et de leur signification dans le fonctionnement mental permettent de préciser le risque d'une évolution psychotique. À cela il faut ajouter le poids pronostic considérable que constituent les capacités ou non de l'environnement d'accepter, de supporter, d'accompagner et de transformer les difficultés plus ou moins profondes de l'adolescent. Nous en reparlerons dans le chapitre consacré à l'abord familial. Mais, encore une fois, ce n'est que le suivi au long cours qui permet progressivement d'affirmer un diagnostic de psychose.

Pronostic. — Certains critères prédictifs ont été cités (tableaux 11-VI et 11-VII).

TABLEAU 11-VI. – *Psychose « schizophréniforme » de bon pronostic.*

– Facteurs déclenchants manifestes
– Début aigu
– Tableau clinique polymorphe
– Environnement favorable
– Une personnalité prémorbide sans trouble du développement

TABLEAU 11-VII. – *Psychose « schizophréniforme » de mauvais pronostic (selon G. Langfeldt, cité dans Grivois et Grosso, 1998).*

– Pas de facteurs déclenchants apparents
– Début progressif
– Critères de Kraepelin et/ou de Bleuler
– Déréalisation ou dépersonnalisation typiques sans trouble de la conscience
– Environnement perturbé
– Une personnalité prémorbide avec troubles du développement

CATEGORIES DIAGNOSTIQUES : LES SITUATIONS PARTICULIERES

***Troubles bipolaires de l'humeur.* —** Ils commencent souvent à l'adolescence : 20 à 30 % des troubles bipolaires débutent avant 20 ans, et surviennent, dans ce cas, entre 13,9 ans et 15,3 ans (M. Botbol et coll., 2005). Ils représentent un des diagnostics différentiels de la schizophrénie, car, en dehors de la dimension thymique des troubles (symptômes maniaques ou dépressifs), on trouve souvent des signes cliniques de la lignée psychotique « classique » : troubles du cours de la pensée, délire, hallucinations, etc. On retrouve fréquemment des antécédents de troubles thymiques dans la famille (J.S. Werry et coll., 1991).

***Psychose et consommation de toxiques.* —** La consommation de toxiques est un problème fréquent à l'adolescence. Elle pose deux questions : celle du risque de survenue ultérieure de psychose à la suite de la consommation de drogue, en particulier de cannabis, et celle de la pathogénie des troubles psychotiques lorsqu'ils sont associés à une prise actuelle de toxiques.

En ce qui concerne la première question, chacun s'accorde aujourd'hui pour considérer que le risque de survenue ultérieure de psychose est majoré d'environ 40 % chez les consommateurs occasionnels de cannabis et de 200 % chez les gros fumeurs. Il y a donc une relation dose-effet (T. Moore, 2007)

En ce qui concerne la seconde question, deux types de situations se retrouvent classiquement :

– les états psychotiques aigus « réactionnels » à une prise de toxiques ;

– l'utilisation de toxiques au long cours, au sein d'une psychose chronique.

États psychotiques aigus « réactionnels » à une prise de toxiques. — Ils peuvent être engendrés par les toxiques psychodysleptiques (cocaïne, cannabis, opiacés, trichloréthylène, LSD, mescaline, essentiellement) et analeptiques (amphétamines).

Devant l'apparition de symptômes psychotiques dans la suite directe d'une telle prise de toxiques (un des termes souvent employé est alors celui de pharmacopsychose), il faut faire la part des choses entre l'effet toxique lui-même, et une éventuelle décompensation psychotique déclenchée par le toxique. Certains auteurs préconisent d'observer un délai d'observation de 24 h, d'autres d'une semaine, pour pouvoir affirmer, en cas de persistance des symptômes psychotiques, qu'ils ne sont plus seulement liés à l'effet direct du produit, et qu'ils révèlent une véritable désorganisation psychotique. Dans ce dernier cas, on est donc face à une symptomatologie de type bouffée délirante aiguë, mais déclenchée par une prise de toxique. Il existe en général une note confusionnelle importante. L'évolution est celle des bouffées délirantes aiguës.

(À noter, une des particularités du LSD est que plusieurs années plus tard, en l'absence de consommation de toxique, le sujet peut faire un *flash back*, c'est-à-dire la reprise d'une expérience hallucinatoire vécue lors de la première prise.)

Cependant, il est important de s'arrêter sur le fait qu'un sujet qui consomme un toxique est un sujet vulnérable : pourquoi a-t-il ressenti le besoin d'une prise de toxique? Pourquoi a-t-il fait le choix d'adopter une conduite à risque? De se mettre en danger? L'intrication entre effet toxique et désorganisation psychotique n'est pas encore complètement élucidée. Beaucoup d'auteurs pensent qu'une désorganisation psychotique déclenchée par une prise de toxique est en fait plutôt *révélée* par le toxique : la prise de toxique s'inscrivant sur un terrain de personnalité fragile, qui se décompense à ce moment. En tout cas, il conviendra, quelle que soit l'évolution des troubles, d'essayer d'instaurer une prise en charge qui permette à l'adolescent de s'interroger sur ce qui l'a poussé à consommé des toxiques et sur le contexte de fragilité sous-jacent à cette conduite.

Utilisation de toxiques au long cours, au sein d'une psychose chronique. — Il s'agit d'un problème complexe, «endémique» en psychiatrie de l'adolescent. C'est le cannabis qui est le plus en cause dans ces problématiques. La consommation de cannabis, qui est un toxique psychodysleptique, peut entraîner des troubles du cours de la pensée, la recrudescence d'idées délirantes, un vécu d'hostilité ambiante, des hallucinations., etc. Cette réalité pose d'ailleurs question, dans une société où le cannabis est parfois banalisé, considéré comme une «drogue douce».

Les adolescents y ont recours pour des raisons multiples :

– phénomène d'entraînement de groupe;

– visée anxiolytique, comme une sorte d'auto-médication face aux angoisses psychotiques. L'adolescent est parfois tenté d'agir ainsi, dans le fantasme inconscient de se «soigner» lui-même, en croyant ainsi échapper à ce qu'il ressent comme une dépendance et une allégeance aux soignants;

– la décompensation psychotique peut avoir une fonction de défense, face à une situation personnelle douloureuse : le sujet s'échappe dans une néoréalité qui l'éloigne de ce qui le faisait souffrir dans sa vie de tous les jours. Le recours au toxique peut donc aussi s'inscrire dans la recherche plus ou moins consciente d'un retour dans la décompensation psychotique, à visée de fuite de la réalité ;

– enfin, vivre des symptômes psychotiques « à cause » d'une prise de toxique, peut être vécu par le sujet comme une explication rassurante de ses troubles : « je ne suis pas fou, c'est le toxique qui me fait délirer ». Les familles sont souvent prises aussi dans l'espoir d'une explication purement toxicologique des troubles de leur enfant : on comprend bien en effet que cela va de pair avec l'idée qu'en cas d'arrêt de la drogue, leur enfant sera définitivement guéri.

Rappelons en tout cas les recommandations du DSM-IV, stipulant que l'on ne peut parler de schizophrénie qu'en présence de troubles évoluant depuis plus de six mois, en l'absence de prise de toxique : cela élimine une partie des diagnostics un peu hâtifs, portés sur des adolescents consommateurs réguliers de cannabis, et pouvant sembler installés dans un fonctionnement schizophrénique.

En dehors de ces consommations chroniques de cannabis chez des adolescents présentant de symptômes psychotiques au long cours, il faut citer quelques autres situations possibles :

– les psychoses chroniques amphétaminiques dont la symptomatologie est proche des délires chroniques ;

– le tableau hébéphrénique de certains grands héroïnomanes, qui en impose pour le rôle actif des opiacés sur le fonctionnement mental ;

– certains sujets trouvent dans la succession de la « planète » et du « manque » un équivalent de l'alternance des épisodes maniaques et des épisodes dépressifs (*cf.* chap. 9, Dépression psychotique et dépression mélancolique) ;

– d'autres enfin emblent démunis devant l'emprise de la drogue et évoluent lentement vers un état schizophrénique irréversible. Nous pouvons avec Charles-Nicolas distinguer une population de toxicomanes qui contrairement aux habitués des drogues « ne brûlent pas ce qu'ils ont adoré » au cours de leur désintoxication mais restent attachés à une certaine philosophie de la vie (exploration du psychisme par les drogues, religions orientales) et à certains mécanismes de défense (ascétismes, intellectualisations extrêmes, intransigeances excessives). Ces adolescents constituent un groupe « exposé » à une décompensation psychotique chronique (A.J. Charles-Nicolas, 1975).

Le devenir à l'adolescence des psychoses infantiles. — L'adolescence marque incontestablement un tournant dans l'évolution des psychoses infantiles. L'oligophrénisation sur fond psychotique reste une menace fondamentale pour les enfants psychotiques. Elle s'objective le plus souvent à l'adolescence. Mais grâce aux méthodes thérapeutiques dynamiques et à la

création d'institutions actives, de plus en plus d'enfants psychotiques sortent du champ de la psychose à l'adolescence. Sur quinze cas de psychoses infantiles traités en hôpital de jour et suivis jusqu'à l'âge de 20 ans et plus, 5 seulement ont présenté au moment de leur adolescence une pathologie psychotique de gravité d'ailleurs variable : deux ont présenté des épisodes psychotiques aigus tout en conservant une certaine adaptation sociale ; les trois autres se présentent comme des schizophrènes nécessitant de façon permanente (un cas) ou relativement discontinue (deux cas) des soins où l'assistance est un élément de premier plan (G. Lucas et I. Talant, 1978).

La continuité patente entre la psychose infantile et la psychose de l'adulte à travers l'adolescence n'est donc pas systématique. En revanche, lorsqu'elle apparaît, et sans même évoquer les tableaux aussi lourds que constituent les symptômes déficitaires, un certain nombre de caractéristiques marque « cette perpétuation quasi anévolutive de l'organisation psychotique infantile » (S. Lebovici, E. Kestemberg, 1978) :

– « le surinvestissement de la pensée et l'absence ou le défaut du fonctionnement symbolique sont toujours présents… ;

– … les faits et les événements sont interprétés par les intéressés, d'emblée, de façon trop proche des fantasmes inconscients… » ;

– le monde extérieur et les objets – qu'il s'agisse des objets internes ou externes – sont toujours vécus comme dangereux, intrusifs, voire cataclysmiques ;

– l'ambivalence est réduite, voire non organisée au profit d'une haine déclarée, ouverte, souvent revendiquée, ou au contraire totalement tue si ce n'est dans certains comportement incohérents ;

– la présence des conduites masochiques est flagrante, souvent même proclamée avec un plaisir quasi conscient… ».

Ce même auteur ajoute que sans nier tous les facteurs prédisposants (génétiques, familiaux, environnementaux), le recours à la notion de traumatisme (au sens psychanalytique) permet de distinguer à l'adolescence deux états. D'un côté, les états psychotiques continus aux psychoses infantiles pour lesquels les relations objectales précoces ont constitué d'emblée un « traumatisme » : celui-ci ne peut que se répéter en une sorte « d'inertie triomphante ». D'un autre côté, les états psychotiques apparaissant à l'adolescence, en rupture avec l'état antérieur : ici le processus de l'adolescence lui-même constitue un « traumatisme » indépassable pour certains sujets. « Ces derniers semblaient avoir jusque-là, au prix de contraintes et d'inhibitions apparemment non majeures, pu juguler l'impact des difficultés et de la mésorganisation des relations objectales précoces et des investissements narcissiques peu solides mais prégnants » (S. Lebovici, E. Kestemberg, 1978). Dans ce dernier cas, il semble s'agir d'enfants présentant des formes frontières non franchement psychotiques.

D'autres auteurs distinguent les psychoses infantiles précoces de type autistique et les psychoses infantiles avec langage. Dans le premier groupe,

le phénomène pubertaire semble se dérouler sans modifier notablement le tableau autistique. Les auteurs notent même que chez les filles « les modifications menstruelles paraissent remarquables par la régularité de leur rythme de survenue ». Chez ces enfants autistes sans langage, « l'adolescence et les nombreux remaniements psychiques qui l'accompagnent semblent presque totalement absents ». En revanche, chez les enfants qui ont développé une psychose plus tardive et/ou ont acquis le langage, la transformation pubertaire suscite des modifications du tableau clinique. Les garçons seraient plus affectés que les filles par cette transformation : ils éprouveraient un trouble plus important dans l'affermissement du sentiment d'identité sexuelle que les filles. Ces dernières tireraient assez souvent de leur nouvelle silhouette une sorte de fierté un peu naïve, mais allant dans le sens d'un progrès dans la construction de l'image de soi. Cependant, qu'il s'agisse des garçons ou des filles, les remaniements psychiques caractéristiques de l'adolescence restent limités et ne permettent pas à ces patients d'accéder à un niveau réellement génitalisé dans leur relation d'objet.

Dans tous les cas, la dynamique familiale réagit profondément à la transformation pubertaire de l'enfant psychotique. Pour certains parents, cette période concrétisera le nécessaire travail de deuil d'une certaine guérison magique ou d'une tentative maintes fois répétée d'explication exhaustive des origines de la psychose. Des préoccupations plus réalistes, souvent dans un contexte dépressif, vont apparaître. Certaines familles focalisent craintes et fantasmes autour de la sexualité, surtout quand il s'agit d'une fille, avec des conduites concrètes très diverses : certaines familles imaginent une stérilisation de leur enfant dans un souci d'« éteindre » la lignée psychotique ; d'autres, au contraire, refusent toute contraception pour leur enfant.

Quoi qu'il en soit, ces difficultés rencontrées par les parents à l'adolescence de leur enfant psychotique justifient, s'ils le désirent, une aide psychologique soit sous forme de guidance parentale, soit sous forme d'entretiens familiaux.

HYPOTHÈSES ÉTIOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES

APPROCHES NEUROBIOLOGIQUES

Dans ce champ les psychoses à l'adolescence n'ont pas fait l'objet de recherches spécifiques. En raison de leur importance nous rappellerons essentiellement ici les travaux génétiques et neurobiologiques consacrés à la schizophrénie.

Les chercheurs ont étudié les facteurs génétiques ; le rôle des neurotransmetteurs, en particulier la dopamine, et les aspects neurophysiologiques.

Dans un premier temps relativement isolées les unes des autres, ces diverses voies de recherche ont fini par trouver des voies d'intrication, notamment depuis que la plasticité de l'expression des gènes et du fonctionnement cérébral ont été découverts. Nous aborderons donc d'abord séparément quelques résultats des recherches dans ces différents domaines ; puis, nous décrirons les deux modèles synthétiques prévalents actuellement : le modèle de vulnérabilité et le modèle neurodéveloppemental.

Abord génétique. — La fréquence de la schizophrénie est habituellement estimée à 1 % dans la population générale. Le risque morbide est d'environ 10 % chez les frères et sœurs de schizophrènes ; il est environ de 12 % chez les enfants de schizophrènes et de 6 % chez les parents de schizophrènes. La concordance chez les monozygotes est la plupart du temps au moins trois fois supérieure à celle qui est observée chez les dizygotes. Enfin à partir des études d'adoptions, il paraît difficile d'interpréter une partie des résultats si l'on rejette l'hypothèse de l'intervention de facteurs génétiques parmi les facteurs de vulnérabilité des psychoses schizophréniques. Une des études la plus en faveur de l'existence de facteurs génétiques dans l'étiologie des schizophrénies est celle de L.L. Heston et D. Denney : cinq cas de schizophrénie parmi les cas index adoptés contre zéro cas de schizophrénie parmi les contrôles adoptés. Ces différentes études (statistiques, jumeaux et adoptions) n'éclairent que partiellement le poids respectif des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux coexistants. Des recherches récentes concernent principalement deux domaines :

– la schizophrénie semble être une pathologie « héritable » à un taux estimé par certains de 80 %. Les article récents (2000-2003) décrivent sept gènes de susceptibilité (P. Harrisson et coll., 2003). En 2007, une équipe de recherche suisse a identifié un polymorphisme génétique associé à une augmentation du risque de schizophrénie. Ce polymorphisme affecte le gène GCLC nécessaire à la synthèse du glutathion (R. Gysin et coll., 2007)

– l'étude du spectre de la schizophrénie permet de déterminer que dans les familles de schizophrènes on retrouve des sujets atteints d'affections psychiatriques diverses (schizophrénies bien sûr mais aussi psychoses délirantes non schizophréniques, états limites et personnalités pathologiques non névrotiques). C'est dire que l'éventuel facteur génétique qui prédispose à la schizophrénie ne prédispose sans doute pas qu'à la seule schizophrénie.

L'hypothèse dopaminergique. — Parmi les nombreux travaux biochimiques consacrés à la schizophrénie, l'hypothèse dopaminergique paraît la mieux documentée. Trois types d'arguments étaient cette hypothèse :

– la similitude entre la schizophrénie paranoïde et la psychose amphétaminique expérimentale. Or l'amphétamine est un agoniste catécholaminergique indirect : elle agit en provoquant une libération de dopamine ;

– les effets des thérapeutiques « antischizophréniques » qui semblent comporter comme dénominateur commun le fait de déprimer les transmissions dopaminergiques ;

– enfin, la similitude entre les symptômes schizophréniques et les manifestations associées à une hyperdopaminergie expérimentale.

La schizophrénie pourrait donc comporter une hyperactivité dopaminergique. Les modulations de sensibilité des récepteurs dopaminergiques semblent en particulier très intéressantes (J. Costentin, 1979). Cette hypothèse ne stipule pas cependant qu'un trouble des transmissions dopaminergiques constitue le *primum movens* de l'affection. L'hypothèse récente que deux types d'anomalies du fonctionnement dopaminergique, en partie opposés, étaient à l'origine des deux types de symptomatologie (productive et déficitaire) amène à considérer que la dopamine constituerait essentiellement un élément *modulant* de la symptomatologie schizophrénique (la découverte de nouveaux récepteurs constitue des voies actuelles de recherches tout à fait intéressantes à ce niveau). L'intimité du phénomène responsable autant que sa localisation demeurent inconnues.

***Les hypothèses neurophysiologiques.* —** Beaucoup de chercheurs tentèrent de déterminer la partie du cerveau responsable des manifestations psychotiques. Les enregistrements électroencéphalographiques ou les études des flux sanguins cérébraux furent les techniques initialement utilisées. Actuellement, le développement de la scanographie, de la caméra à positrons ou de la gammatomographie cérébrale devrait permettre de nouvelles recherches. Les résultats jusque-là obtenus restent trop partiels pour être probants.

À propos des adolescents psychotiques, une corrélation entre le degré des troubles du système nerveux central (signes neurologiques mineurs, troubles de l'intégration intersensorielle visuo-auditive, etc.) et la sévérité des troubles psychotiques a été évoquée. Haier et coll. (1980), étudièrent une population de collégiens et de lycéens « biologiquement à haut risque ». Ils utilisent deux mesures considérées comme des variables indépendantes : le taux plaquettaire de MAO et le taux des potentiels évoqués (PE). Une personne dont le taux de PE croît quand l'intensité du stimulus croît est appelée un *augmentor* ; une telle personne n'aurait pas de protection sensorielle suffisante ; au contraire une personne dont le taux de PE décroît quand l'intensité du stimulus croît est appelée un *reducer* ; une telle personne aurait une protection sensorielle suffisante. On a pu constater que les schizophrènes tendaient à avoir un taux bas de MAO et à être des *augmentors*.

De telles études ouvrent un champ intéressant de recherches, encore que comme pour les travaux sur les psychoses infantiles, les difficultés méthodologiques et les prudentes interprétations des résultats réalisent l'accord de tous les auteurs.

Beaucoup d'autres études seraient à citer (sur le langage, la perception, l'attention, la mémoire, le sommeil et le rêve). Une énumération ne serait ni exhaustive ni satisfaisante en raison des progrès continuels dans ce domaine. Nous laisserons le lecteur s'informer plus précisément dans des ouvrages plus spécialisés.

L'APPROCHE SYSTÉMIQUE FAMILIALE

Les premiers travaux des psychanalystes américains ou européens sur les liens entre les difficultés familiales et la psychose conduisirent à la thérapie des familles dans les psychoses. Mais l'approche systémique dans la continuité des travaux sur la communication a permis d'apporter une hypothèse de compréhension et une méthode thérapeutique nouvelle.

En 1956, G. Bateson et ses collaborateurs élaborent une théorie communicationnelle de la schizophrénie qui repose sur la théorie du double lien. La séquence interactionnelle se déroule ainsi :

– il y a en présence deux personnages centraux, ou plus, ayant entre eux des relations intenses d'importance vitale ;

– il ne s'agit pas d'un trauma unique mais d'une expérience répétitive, prolongée et rituelle ;

– l'injonction négative primaire (premier message transmis) exprime une menace sur le mode verbal. Par exemple, une mère dit à son fils schizophrène « tu ne m'aimes plu s ». Le niveau de la communication est appelé digital ;

– une injonction négative secondaire exprime un conflit manifeste avec l'injonction négative primaire mais sur un plan non verbal, métacommunicationnel (intonation, rythme, scansion de la voix, mimique gestuelle, utilisation de l'espace, du cadre). Dans l'exemple, la mère se guinde. Le niveau de communication est appelé analogique ;

– « une injonction négative tertiaire prive la victime de toute échappatoire. » Dans l'exemple la mère ajoute : « mon chéri, il ne faut pas que tu te sentes si embarrassé et peureux au sujet de tes sentiments. » On interdit au sujet d'accéder à la connaissance de la contradiction ;

– le phénomène de double lien se répète constamment dans la famille du schizophrène de façon quasi auto-entretenue.

Il faut préciser que ces auteurs ne prétendent pas que le double lien est la cause de la schizophrénie mais qu'il est devenu le « pattern » prédominant de communication dans la schizophrénie.

À ce mode de communication correspond une compréhension de la famille comme un système homéostatique interactif circulaire où « le système est plus que la somme de ses parties ». Dans le cas des états psychotiques, ce système répond aux interactions de ses divers membres et en même temps aux symptômes du patient.

Cette hypothèse systémique débouche sur l'action thérapeutique que propose P. Watzlawick : le thérapeute doit agir sur la communication et les interactions intrafamiliales pour rendre un choix à celui qui ne dispose d'aucune possibilité à ce sujet du fait des injonctions paradoxales.

Depuis les travaux de Palo Alto beaucoup d'autres équipes ont étudié l'hypothèse systémique des schizophrénies et ses débouchés thérapeutiques. Chacune a souvent introduit des concepts nouveaux :

– celui de « disqualification » qui consiste à disqualifier ce que dit chacun et ce que disent les autres dans la famille de psychotiques ;

– celui de « position intenable » qui explique l'émergence du délire comme une tentative de survie du sujet dit malade vis-à-vis de son entourage, tentative d'exprimer certaines vérités au prix de la réalité ;

– celui de « disconfirmation » qui consiste à affirmer par la famille que l'on n'est pas là, que l'on n'agit pas vis-à-vis du malade.

L'adolescence est bien la période caractéristique où le sujet remet en cause l'équilibre familial (*cf.* chap. 16, p. 452) à travers la crise parentale. L'hypothèse systémique familiale enrichit donc incontestablement la compréhension de l'émergence d'états psychotiques à cette période de la vie. L'adolescent menace, par les changements qui émergent en lui, l'homéostasie du système ; il ne peut, par là même, que renforcer dans les familles à transactions schizophréniques la règle familiale essentielle qui est, selon l'hypothèse systémique, de ne pas toucher à la relation établie entre chacun. Sa seule porte de sortie reste alors la bizarrerie de sa conduite ou le délire qui le désignent comme étant à la fois celui qui menace l'équilibre de la famille et qui du même coup se disqualifie. Mise à part la schizophrénie, l'expérience montre que dans beaucoup d'épisodes psychotiques aigus un lien peut s'établir entre la levée d'un secret familial figeant l'homéostasie familiale et la possibilité pour l'adolescent de ne pas entrer dans la chronicité : par exemple, lorsque l'épisode psychotique aigu de l'adolescent est centré sur un problème identité-identification, il est fréquent que les parents révèlent une particularité dans la généalogie familiale. On peut poser comme hypothèse que la levée d'un tel secret est thérapeutique pour l'ensemble de la famille évitant ainsi les manœuvres de disqualification ou de disconfirmation pour l'adolescent.

Il est nécessaire de nos jours de reconnaître l'immense apport des systémiciens. Toute étude sincère et sérieuse montre en effet que l'adolescent psychotique a sa place dans l'équilibre des transactions familiales et qu'en faire l'impasse n'est pas possible.

L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Les conceptions psychanalytiques des états psychotiques, en particulier de la schizophrénie, sont habituellement basées sur l'expérience de la cure analytique des psychotiques. La possibilité du déroulement du processus de la cure est difficile. « C'est pourquoi la somme désormais considérable des travaux que la psychanalyse consacre à la schizophrénie offre non pas une seule mais plusieurs interprétations, qui toutefois sont parvenues de nos jours à une convergence permettant de les rassembler dans un creuset commun » (P.C. Racamier, 1976).

Les processus primordiaux. — Au moment de l'adolescence, la recherche de liens entre les processus spécifiques du fonctionnement adolescent et ceux des « processus primordiaux » du fonctionnement psychotique prend ici toute son importance. Trois questions centrales caractérisent le remaniement intrapsychique qui s'opère chez tout adolescent : la dimension corporelle, le problème de l'identité et celui de l'équilibre entre l'investissement narcissique et l'investissement objectal. Ces trois domaines font évidemment partie de tout processus psychotique : l'angoisse liée au sentiment de transformation corporelle peut aller jusqu'à l'angoisse de morcellement, la non-reconnaissance de soi peut susciter de véritables troubles d'identité, enfin ce que Freud a appelé la « névrose narcissique » où l'investissement narcissique vient écraser l'investissement objectal, évoque tout naturellement la psychose. Les avatars de ces trois dimensions dans le cadre du processus de l'adolescence soulèvent donc le problème d'un fonctionnement psychotique à comprendre de manière spécifique à cet âge. Nous pouvons ainsi distinguer trois formes particulières :

– celle où le corps est en question ;

– celle où l'identité est en question ;

– celle où l'équilibre entre l'investissement narcissique et l'investissement objectal est en question.

Le corps en question. — Les transformations physiques observables et la découverte d'un corps pulsionnel menacent l'unité et l'intégrité de l'image que l'adolescent a de lui-même : les premières règles ou les premières éjaculations peuvent être particulièrement anxiogènes. Par-delà, avec la crainte de castration œdipienne et la culpabilité, celles-ci réactivent l'angoisse de morcellement enfouie dans la psyché de tout être humain.

Les perturbations de l'image du corps avec l'inquiétante étrangeté qui s'ensuit peuvent apparaître à tout âge, mais particulièrement à l'adolescence : il s'agit de l'impression inquiétante de ne plus reconnaître le corps, de ne plus percevoir sa transformation. Ceci s'accompagne alors d'une angoisse intense que le sujet ne peut plus contrôler. Cliniquement, les conduites automutila-

trices ou autodestructrices bizarres et incompréhensibles pour l'entourage peuvent en résulter. La bouffée hypocondriaque aiguë de l'adolescent décrite par R. Ebtinger et J.P. Sichel peut être un autre type de manifestation de cette angoisse. Ailleurs des accès psychotiques se manifestant par la seule « inquiétante étrangeté » sont brefs : de quelques heures ou quelques jours. *A minima*, ils peuvent passer inaperçus aux yeux de l'entourage, seul l'adolescent pourra décrire rétrospectivement mais toujours avec une certaine difficulté cette impression d'incohérence interne qu'il a ressentie. Dans d'autres cas, l'angoisse débordera tellement les défenses du sujet qu'un comportement étrange, des propos décousus ou même des actes graves alerteront les proches de l'adolescent et nécessiteront un traitement approprié.

L'identité en question. — L'adolescent doit affronter un remaniement qui remet certes en cause l'image de son corps, mais plus généralement les bases mêmes de son unité et de son sentiment d'identité. L'individu aux prises avec la déstabilisation de toutes ses représentations est engagé de tout son être dans cette lutte. On rejoint là incontestablement le drame de la psychose. Sous le coup des chocs incessants, internes ou externes qu'il rencontre, l'adolescent côtoie la dissolution de sa personne, la détresse et l'angoisse. « Lorsque nous interrogeons la problématique de la psychose dans ce qu'elle a de plus général et que nous demandons pourquoi le franchissement du cap de l'adolescence constitue pour elle une aussi redoutable échéance, nous sommes amenés à nous centrer sur le problème, à cet âge, de l'acquisition d'une identité stable et suffisamment fondée » (B. Penot, 1975).

Ces troubles psychotiques de l'identité prennent différentes formes : les délires de filiation ou les délires portant sur l'identité sexuelle en sont les manifestations les plus évocatrices.

Ailleurs les troubles de l'identité se manifestent par un éloignement de la réalité et plus encore une perte de la réalité, source d'état psychotique, mais sans délire apparent. L'adolescent, face à la désunion conflictuelle de son Moi, à l'impossibilité de se raccrocher aux images de ses parents, à l'échec de se reconstruire à travers de nouvelles identifications amorce un mouvement de recherche sur lui-même : il s'auto-observe, scrutant ses états, sans pouvoir s'identifier à ce qu'il était, sans pouvoir s'identifier à ses parents ou à ses proches. Ce mouvement peut provoquer une angoisse profonde, l'adolescent se sent peu à peu submergé par la perte de cohérence de sa personne. Les limites entre les représentations de soi et d'objet s'estompent, laissant place à une impression de dissonance ; le sujet est alors momentanément noyé dans le flou, sans démarcation nette entre ce qui est perçu et ce qu'il perçoit, tel le héros de Romain Rolland, Jean Christophe : « Au milieu de la plaine unie des heures, s'ouvraient des trous béants où l'être s'engouffrait. Christophe assistait à ce spectacle comme s'il lui était étranger. Tout et tous et lui-même lui devenaient étrangers. Il continuait d'aller à ses affaires, il accomplissait sa tâche d'une façon automatique ; il lui semblait que la

mécanique de sa vie allait s'arrêter d'un instant à l'autre : les rouages étaient faussés. À table avec sa mère et ses hôtes, à l'orchestre, au milieu des musiciens et du public, soudain se creusait un vide dans son cerveau. Il regardait avec stupeur les figures grimaçantes qui l'entouraient; il ne comprenait plus. Il se demandait :

– Quel rapport y a-t-il entre ces êtres et… ?

Il n'osait même pas dire :

– … et moi.

Car il ne savait plus s'il existait. Il parlait, et sa voix lui semblait sortir d'un autre corps. Il se remuait, et il voyait ses gestes de loin, du haut, du faîte d'une tour. Il se passait la main sur le front, l'air égaré. Il était pris d'actes extravagants. »

Enfin, la remise en cause de l'identité peut se manifester par un troisième aspect : l'envahissement progressif et déstructurant par un sentiment d'infériorité. À la recherche de son idéal du Moi, tout adolescent est souvent objet de honte. Ce sentiment de honte provient de la non-concordance entre l'image mégalomaniaque de l'adulte qu'il croit parfois être ou qu'il désire devenir, et l'image de sa personne dont on lui renvoie le reflet, ou telle qu'il la perçoit. Il souffre alors d'infériorité, s'estime humilié. Dans ce contexte, pour certains adolescents une épreuve relativement angoissante comme le passage d'un examen, une moquerie ou un échec parfois minime sont à l'origine d'un effondrement de l'estime de soi. Le sujet se sent tout à coup fantoche, factice, il semble happé par le vide et bascule dans un état délirant aigu dont les thèmes mégalomaniaques sont au premier plan. Cette néoréalité délirante ainsi construite le protège de son sentiment d'infériorité et de son humiliation. Il faut noter que, dans ces cas, une étude rétrospective découvre le plus souvent avant cette décompensation psychotique l'existence d'une dépression d'infériorité passée jusque-là inaperçue (*cf.* chap. 9, La dépression d'infériorité).

Ces différents états psychotiques et les éléments psychopathologiques qui les sous-tendent constituent chez l'adolescent des tentatives pour réorganiser son identité, son individualisation et de nouvelles relations d'objet.

L'équilibre narcissico-objectal en question. — À l'adolescence, le renforcement des tendances narcissiques, la prévalence de l'investissement narcissique sur l'investissement objectal ne peuvent être considérés comme pathologiques. Mais un investissement narcissique exagéré se transforme rapidement en une position de repli plus inconfortable qu'il n'y paraît de prime abord. Rappelons que Freud le premier avait fait de ce retrait de la libido sur le Moi la caractéristique des « névroses narcissiques », terme équivalent dans un premier temps à l'ensemble des psychoses puis ensuite réservé aux affections de type mélancolique. De toute façon, un effondrement de l'investissement objectal et par là même un repli narcissique exagéré peut aller jusqu'à l'estompage de la réalité et la perte de contact avec le réel.

Nous observons cet état chez certains patients que P. Male appelle « les prés-chizophrénies de l'adolescence ».

Cliniquement, elles se manifestent par un fléchissement intellectuel souvent peu spectaculaire mais caractéristique car survenant chez un adolescent à la scolarité jusque-là brillante. Le sujet se plaint de ne plus pouvoir fixer son attention. Sa pensée semble par moment vidée de sa substance. Parallèlement à ce fléchissement, on observe des troubles du comportement dont l'aspect discordant les distingue des troubles liés à un simple état de crise. Bien qu'artificiellement maintenu, le contact est distant, sans participation affective dans le dialogue. Enfin, des éléments délirants peuvent momentanément apparaître, des émotions peuvent envahir le sujet et être à l'origine de comportements impulsifs qui surgissent sur un fond d'indifférence affective.

Ce tableau clinique laisse évidemment transparaître la perte de l'unité et l'aspect dissociatif classique. Mais l'altérité du développement objectal et le repli narcissique constituent le mouvement prévalent comme en témoigne la tendance de ces sujets à revenir en arrière, à retrouver des formes d'organisation de la toute première enfance. « Avant toute psychothérapie, il faut faire un bilan et un pronostic, souvent fort difficiles à établir dans ces états. Il faut notamment savoir reconnaître les troubles discrets que le sujet cache et que nous devons atteindre. Ils révèlent en effet la perte du contact avec le réel, le refoulement de la réalité, qui semblent définir les névroses narcissiques au sens freudien » (P. Male, 1980).

En pratique, ces trois axes psychopathologiques caractéristiques de l'adolescence, et qui peuvent déboucher sur des formes d'états psychotiques particulières à cette période de la vie, se présentent souvent de façon moins schématique. La distinction ici introduite entre le corps, l'identité et l'équilibre entre l'investissement narcissique et l'investissement objectal éclaire la prévalence d'un aspect par rapport à l'autre. Mais cette distinction risque de faire oublier que ces trois axes s'interpénètrent largement aussi bien dans le processus de l'adolescence que dans la psychose et dans le fonctionnement psychique en général. L'acquisition d'une identité, en particulier d'une identité sexuelle, nécessite l'assomption de son propre corps par l'investissement narcissique ; l'intérêt pour l'image de soi dans le miroir et le sentiment d'identité qui s'y associe, témoignent que l'investissement narcissique du corps entier se réalise aux dépens d'un investissement objectal : un trouble profond dans l'un des composants de cet ensemble retentit sur les deux autres. De même, l'hypocondrie délirante ou l'inquiétante étrangeté que nous avons évoquées ne peuvent se comprendre par la seule mise en question de l'image du corps : l'identité de l'adolescent et son narcissisme y sont également problématiques.

Pour conclure ce chapitre, on pourrait dire que les états psychotiques décrits ci-dessus sont spécifiques de l'adolescence tant par leur mode de survenue,

leurs manifestations cliniques ou leurs évolutions souvent favorables que par les liens qui les associent avec le processus même de l'adolescence.

Parmi ces « processus primordiaux », nous avons déjà évoqué les questions sur le corps, l'identité et l'investissement narcissique aux dépens de l'investissement objectal ainsi que les liens qui unissent ces questions aux dimensions propres du processus de l'adolescence.

Déjà plus organisée, mais toujours dans le cadre des « processus primordiaux », il faut citer la *bouffée délirante aiguë* que Nacht et Racamier considèrent comme le moment originaire d'une série d'adaptations psychiques destinées à enrayer la peur ». Ce qui caractérise ce moment, c'est l'irruption de l'angoisse « dans le bouleversement des relations objectales », c'est « le temps matriciel du délir », « le Moi s'y trouve à vif et mis à nu, les investissements se liquidifient », proche de ce que certains auteurs ont appelé « expérience délirante primaire ».

La schizophrénie n'est que la plus évolutive des structures psychotiques et le plus organisé des processus psychotiques.

Les mécanismes psychotiques du moi. — À tout âge, les mécanismes psychotiques du Moi visent à effacer le conflit comme réalité interne. Freud dès 1924, détermine que dans la psychose le conflit n'est pas entre le Moi et le Ça, donc interne, mais entre le Moi et la Réalité Externe, il est donc bien désintériorisé. La stratégie du Moi psychotique utilise pour cela plusieurs mécanismes qui peuvent s'observer ponctuellement et modérément au cours de toute adolescence normale, mais qui, chez l'adolescent psychotique, vont envahir le champ du fonctionnement mental du sujet. Nous les citerons brièvement :

– le déni commande le fonctionnement mental de l'adolescent psychotique et sa relation d'objet : déni de sens, déni de signifiance, déni d'altérité ou déni majeur, déni d'existence ;

– le clivage est un mécanisme commun aux états limites et aux perversions. O. Kernberg a bien montré que contrairement à ces deux derniers états, son repérage et l'interprétation de son rôle introduisent chez le patient psychotique un effet confusionnant entre le soi et le non-soi ;

– l'identification projective n'est pas non plus réservée qu'au Moi psychotique, mais chez le schizophrène ce mécanisme reste la voie privilégiée des échanges avec l'objet : c'est une projection en général des « mauvais produits », c'est-à-dire des « produits violents, agressifs ou confusants dans l'objet » ;

– l'extériorisation est un processus également prévalent chez le psychotique qui a besoin, pour sa défense du monde extérieur, du concret. Confronté au désaveu de l'existence de sa réalité interne propre, le schizophrène a un besoin absolu de concret.

En fait, « les mécanismes typiquement psychotiques ont pour propriété commune de préluder ou de procéder à l'éjection de quelque part active de la psychose. En phase aiguë, cette éjection est hémorragique » (P.C. Racamier, 1980).

***La rupture psychotique.* —** La position de M. et E. Laufer mérite ici d'être individualisée (M. Laufer, 1986). Rappelons que pour ces auteurs, la figure centrale de la pathologie grave de l'adolescence siège dans la relation conflictuelle que le moi établit avec le corps sexué. Ce dénominateur commun les amène à distinguer trois manifestations psychotiques à l'adolescence :

– l'adolescent qui vit un épisode psychotique : l'adolescent préserve dans ce cas un lien avec ses objects œdipiens intériorisés, malgré sa volonté meurtrière à leur égard et à l'égard de son corps sexué. L'adolescent ne rejette ou ne dénie qu'une partie de la réalité ;

– l'adolescent qui présente des zones de fonctionnement psychotique. Ici, ce jeune sujet vit les objets œdipiens intériorisés et son corps sexué comme des persécuteurs. Il garde toutefois la possibilité de combattre ces persécuteurs internes en attaquant son corps (anorexie), ou en répétant des expériences de satisfaction sexuelle empreintes de soumission passive à l'égard de l'objet interne (boulimie, toxicomanie) ;

– l'adolescent auquel il faut réserver le diagnostic de psychose est celui qui n'a pu faire autrement que de remplacer la réalité par une néo-réalité. Il ne ressent plus son corps sexué comme un persécuteur car il a rompu sa relation à son corps, il a consciemment détruit son corps et ses parents intériorisés en rompant avec la réalité. L'adolescent vit ici une véritable désappropriation de son corps sexué.

Ces auteurs, dont la théorie mérite une mention particulière, montrent bien que chez certains adolescents la confrontation aux changements qui s'instaurent à la puberté peut donner lieu à un comportement qui évoque la psychose de l'adulte, tout en s'en distinguant complètement.

***Les déliaisons dangereuses.* —** Plus récemment, R. Cahn (1991) a proposé de substituer à la notion de potentialité psychotique de l'adolescence, celle d'un « empêchement de la subjectivation à des degrés divers ». Ni les effets lointains de la fracture initiale inhérente à la métaphore du Nom-du-père (hypothèse lacanienne), ni l'angoisse de la régression devant le conflit œdipien (hypothèse lauférienne) n'expliquent suffisamment, pour R. Cahn, la problématique de la psychose à l'adolescence. Pour cela, la prise en compte d'un triple niveau devient nécessaire :

– la confusion des repères identificatoires ;

– la tentative désespérée de lier sous les formes les plus diverses, l'excitation sexuelle à la fois interne et externe ;

– le maintien d'une indistinction primitive entravant la différenciation progressive, dans une emprise aliénante ou une excitation indéfinie liée à sa carence.

On mesure ainsi le rôle d'une sommation des déliaisons, se rencontrant peu ou prou à tous les niveaux comme obstacle à la subjectivation. Cette perturbation se retrouve de façon plus ou moins latente tout au long du développement et s'active violemment lors de la réactivation de l'œdipe à l'adolescence.

Cette conception réellement analytique de la psychose à l'adolescence permet de lever les objections que certains ont retenues concernant le traitement institutionnel en équipe et ses relations avec la nécessaire référence à un personnage électivement investi (A. Braconnier, 1988) ; l'un ne peut aller sans l'autre dans le souci thérapeutique de lever les obstacles à cette subjectivation de l'adolescent psychotique et d'instaurer pour l'adolescent psychotique une gestion de la discontinuité interne et externe, une gestion de l'équilibre des investissements narcissique et objectaux. Grâce à cela on peut espérer lever les obstacles à cette subjectivation, dans le souci de favoriser un mouvement progressif, et il faut bien le dire aléatoire, vers l'autonomisation.

***La paradoxalité.* —** C'est un mécanisme de défense essentiel dans la schizophrénie.

Son but est de se défendre à la fois contre les affects ou les fantasmes (processus primaires), et contre la pensée (processus secondaires).

La paradoxalité s'exprime sous la forme d'un raisonnement pseudologique qui empêche l'autre de penser, et protège le sujet de la souffrance liée à la conflictualité. Cette paradoxalité devient d'autant plus intense que dans l'interaction avec les autres s'abordent des zones de conflit. La logique du discours devient confus, les phrases sont interrompues ou incomplètes, mal structurées, des énoncés contradictoires ou incohérents se succèdent. La paradoxalité permet donc au sujet de maintenir la distance relationnelle entre lui et les autres en rendant le dialogue presque impossible. Le patient évite, par ce raisonnement paradoxal, de penser la réalité. Il évite ainsi d'éprouver les affects douloureux du renoncement, de la reconnaissance de son handicap, etc.

Nous avons parlé de « l'organisation paradoxale du fonctionnement du patient », car en effet, il s'agit d'une paradoxalité *organisée*, comme l'explique Racamier dans son article sur le diagnostic de schizophrénie (P.C. Racamier, 1995) : « Une schizophrénie est un mécanisme monté avec une précision d'horlogerie ». Mécanisme destiné à combattre pensées et affects.

P.C. Racamier émet l'hypothèse que chez les schizophrènes la paradoxalité est non seulement « serrée mais elle est écrasante. Elle affecte la totalité de la vie psychique… Le paradoxe essentiel du schizophrène porte sur

l'existence de l'objet, de soi et de leurs relations. Contrairement même aux autres malades de structure psychotique ou approchante, le schizophrène érotise la paradoxalité. Elle devient pour le schizophrène son objet de plaisir et le seul ».

Les enjeux familiaux, d'un point de vue psychanalytique. — L'approche psychanalytique des psychoses s'est également depuis longtemps intéressée à la dynamique familiale. Un premier courant explora presque exclusivement la relation entre le psychotique et ses parents. Ceci aboutit à des concepts simplificateurs de mères surprotectrices, de mères schizophrénigènes, etc., ou à une typologie des pères de schizophrènes telle celle qu'établit Th. Lidz autour des années 50. L'essentiel de ces travaux repose sur la recherche d'un agent pathogène intrafamilial le plus souvent la mère mais aussi le père.

Mais peu à peu l'approche psychanalytique s'intéressa plus à l'ensemble familial. Quelques années plus tard Th. Lidz par exemple insista sur l'incapacité des familles des schizophrènes à différencier les deux générations de la famille.

Actuellement deux courants se distinguent : celui qui se propose d'étendre des concepts métapsychologiques qui ressortent de la cure psychanalytique traditionnelle à l'étude de la famille du psychotique. Dans cette lignée A. Eiguer mentionne quelques aspects qui lui paraissent spécifiques de la famille des psychotiques :

– le regroupement familial sous le prétexte de la maladie d'un membre, mais en fait par crainte de l'effondrement devant les fantasmes concernant un autre membre de la famille et de la génération parentale ;

– la créativité du récit qui met en scène la famille et où doivent être différenciés le récité et le raconté ;

– la fétichisation du temps de la famille des psychotiques qui vit dans un temps circulaire où tout changement est menaçant. L'écoulement du temps est dénié : « la parentification s'étend de ce fait non seulement comme il a été souvent dit à la génération des grands-parents, mais elle contamine les collatéraux et le sujet malade. Le processus témoigne de l'hyperinvestissement narcissique de tous les membres du cercle familial : chacun d'entre eux n'est qu'un miroir pour l'autre ».

L'autre courant considère qu'il existe des différences radicales entre l'étude de la communication et de l'interaction familiale d'une part, et la communication psychanalytique d'autre part. Tenant compte cependant de l'approche systémique ce second courant est amené à constater que les interactions entre les membres de la famille sont à la fois comportementales et fantasmatiques. Ce « conjointement » constitue le principe mis en œuvre. « Dans la psychose, la gangue généalogique est mise en démonstration par des allégories qui ont pris la place des valeurs symboliques. Le travail qui doit alors être fait permet peut-être aux systémiciens d'élucider le modèle

familial et d'y injecter paradoxes et contre-paradoxes. Le psychanalyste peut mobiliser la communication et favoriser la transaction pour élargir l'espace interactif intrafamilial et interpersonnel, permettant ainsi une relative liberté dans l'espace interactif intrapsychique du patient» (S. Lebovici, 1981).

Nous limiterons arbitrairement aux auteurs cités les hypothèses théoriques concernant les états psychotiques. Nous aurions pu citer aussi les travaux phénoménologiques et en particulier Binswanger ou les travaux psychanalytiques de Lacan et de son école. Toutefois, il conviendrait alors de reprendre la totalité de leur élaboration théorique car la psychose y occupe toujours une place importante. Il nous a paru plus utile pour le lecteur de donner un repère simple des principales théories concernant ce domaine si vaste et s'étendant bien au-delà du champ de l'adolescence.

Bien que relativement limités les troubles psychotiques à l'adolescence doivent être soigneusement reconnus et différenciés dans leurs déroulements et leurs dimensions psychopathologiques. Le processus psychologique normal de tout adolescent contient les germes d'une décompensation psychotique : la résurgence pulsionnelle, la reviviscence de certains mécanismes archaïques comme le déni ou la projection, les problèmes identificatoires et narcissiques sont autant de mouvements intrapsychiques dangereux pour l'équilibre mental du sujet. Il n'en demeure pas moins que, même lorsqu'ils surgissent, les troubles psychotiques y compris le plus organisé comme la schizophrénie conservent à cet âge de la vie une capacité de réversibilité et d'évolutivité importante.

***La question de l'intervention précoce.* —** Une corrélation a été mise en évidence entre la durée de psychose non traitée et plusieurs aspects de l'évolution à court terme tels le taux, le délai et le degré de rémission, l'intensité des symptômes négatifs ultérieurs et certains aspects de la qualité de vie ou encore l'importance des déficits cognitifs après stabilisation. Or plusieurs travaux ont montré l'importance du délai qui sépare l'apparition des symptômes psychotiques de l'introduction d'un traitement. Il a ainsi été démontré que les patients présentent des symptômes psychotiques positifs en moyenne pendant un à deux ans avant qu'un traitement ne soit institué. L'impact négatif de ce délai sur l'évolution des patients est l'un des éléments principaux justifiant le développement de programmes d'intervention précoce. Il convient de faire tout ce qui est possible pour réduire ce délai et diminuer le temps de la DUP *(Duration of Untreated Psychosis)* afin d'entreprendre le plus tôt possible un traitement.

Plusieurs stratégies ont été envisagées. Premièrement, la facilitation de l'accès aux soins psychiatriques par une réponse rapide aux demandes formulées aussi bien par les familles ou les proches que par des professionnels de la santé et par une disponibilité accrue. Deuxièmement, le développement d'une approche plus flexible, permettant l'évaluation des patients dans des lieux autres que les consultations ou les hôpitaux psychia-

triques et facilitant la mise en place d'un suivi proactif impliquant que les soignants cherchent activement à éviter la rupture du traitement en prenant en compte la réticence de certains patients à se traiter, et en allant les voir là où ils se trouvent. Troisièmement, l'amélioration de la reconnaissance de la psychose par le biais de campagnes d'information des professionnels de la santé, d'autres corps professionnels qui sont en contact avec des jeunes, ainsi que du grand public, stratégie dont l'efficacité a été démontrée par le projet TIPS en Scandinavie (Amminger G. et coll., 2002). Néanmoins, en pratique, ce point de vue objectif de traiter le plus précocement possible les premiers signes de la psychose se heurtent à plusieurs difficultés :

– la certitude d'un fonctionnement réellement psychotique et plus encore la certitude du diagnostic de schizophrénie avant de disposer d'un recul suffisant ;

– le respect d'un point de vue éthique, celui de ne pas porter un diagnostic particulièrement grave trop rapidement ;

– la difficulté d'établir une alliance thérapeutique avec l'adolescent psychotique mais aussi avec ses parents, normalement angoissés par les difficultés que rencontre leur enfant et son refus fréquent d'être aidé.

On peut comprendre ainsi que, quel que soit l'intérêt porté à cette fameuse DUP, la question du respect du temps est un facteur-clé dans toute problématique psychotique à l'adolescence.

BIBLIOGRAPHIE

AMMINGER G.P., EDWARDS J., BREWER W.J. et coll. : Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration In first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Res*. 2002, *54*, 223-230.

CORCOS M., JEAMMET PH. : Expression névrotique. États limites. Fonctionnement psychotique à l'adolescence. *EMC*, Elsevier-Masson, Paris, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-215-B-20, 2002.

LAUFER M. : Adolescence and psychosis. *Int. J. Psychoanal.*, 1986, *67*, 367-372.

MARCELLI D. : Psychoses à l'adolescence. *Adolescence*, 2005, *23*, 2, 213-223.

MOORE T., ZAMMIT S. : Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes : a systematic review. *Lancet*, 2007, *370*, 319-329.

RACAMIER P.C. : *Les schizophrènes.* Payot PBP, Paris, 1980.

BATESON G. et coll. : Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Science*, 1956, *1*, 251-264.

BOTBOL M., BARRERE Y., SPERANZA M. : Psychoses à l'adolescence. *EMC, Elsevier-Masson, Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-215-B-30, 2005.

BRACONNIER A. : L'adolescent psychotique. *In : Le dedans et le dehors*. (M. SASSOLAS Éd.). Cesura, Lyon, 1988, 109-111.

BRACONNIER A., SCHMIT G. : Les psychoses aiguës et le LSD chez les adolescents. *Psychiat. Enf.*, 1979, *22*, 2, 431-472.

CAHN R. : *Adolescence et folie, les déliaisons dangereuses*. PUF, Paris, 1991.

CARLSON G.A., FENNIG S., BROMET E.J. : The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth : where does it stand in the 1990s? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1994, *33*, 453-60.

CHARLES-NICOLAS A.J. : Sur l'identification de la toxicomanie. *Ann. Médico-Psychol.*, 1975, *1*, 5, 605-616.

COHEN D., CONSOLI A., BONNOT O. : Épisode psychotique aigu à l'adolescence. *Entretiens de Bichat*, août 2006.

CORBOZ R.J. : *Endogenous Psychoses of the Adolescent in Adolescence.* (G. Caplan, S. Lebovici, Éd.), Basic Books, New York, London, 1969 p. 275-279..

COSTENTIN J. : Hyperactivité dopaminergique. *In : Actualité de la schizophrénie* (P. PICHOT, Éd.). PUF, Paris, 1981, 169-192.

EBTINGER R., SICHEL J.P. : L'hypochondrie et le suicide chez l'adolescent. *Confront. Psychiat.*, 1970, *7*, 81-101.

EDWARDS J., MC GORRY P.D. : Implementing early Intervention. *In : Psychosis*, London, Martin Dunitz, 2002.

EIGUER A. : Metodologia de la Interpretación in Psicoterapia Familiar de Orientación Psicoanalitica. *Terapia Familiar*, 1980, III, 5.

GRIVOIS H., GROSSO L. : *La schizophrénie débutante*. John Libbey Eurotext, Paris, 1998.

HAIER R.J., BUCHSBAUM M.S., MURPHY D.L., GOTTESMAN I.I., COURSEY R.D. : Psychiatric vulnerability, monoamino-oxydase and the average evoked potential. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1980, *37*, 340-345.

HARRISSON P., OWEN M. : Genes for schizophrenia? *Lancet*, 2003, *361*, 471-479.

HENDERSON A.S. : Un examen épidémiologique de la maladie psychiatrique de l'adolescent. *Psychiat. Enf.*, 1968, XI, 1.

HESTON L.L., DENNEY D. : Interactions between early life experience and biological factors in schizophrenia. *In : The transmissions of schizophrenia.* (D. ROSENTHAL, S. KENY, Éds.). Pergamon, Oxford, 1968.

JACOBSON F. : *Le Soi et le monde objectal.* Traduit par A.M. BESNIER. PUF, Paris, 1975.

LEBOVICI S., KESTEMBERG E. : *Le devenir de la psychose de l'enfant.* PUF, Paris, 1978.

LEBOVICI S. : À propos des thérapeutiques de la famille. *Psy. Enf.*, 1981, *24*, 2, 541-583.

LIDZ Th. et coll. : Intrafamilial environment of the schizophrenia patient. The father. *Psychiatry*, 1957, 20.

LUCAS G., TALAN I. : Le devenir de l'enfant traité en institution. *In : Le devenir de la psychose de l'enfant* (S. Lebovici, E. Kestemberg, Éds.). PUF, Paris, 1978, 53-126.

MALE P. : *Psychothérapie de l'adolescent*. Payot P.B.P., Paris, 1980.

MARCELLI D., ROSE-REINHARDT H., FAHS H., KASOLTER-PERE M.A. : Épisode psychotique aigu de l'adolescent et du jeune adulte. Questiuons diagnostiques, thérapeutiques et éthiques. *Ann Med Psychol,* 2002, *160*, 386-395.

MC GORRY P.D., MC FARLANE C., PATTON G. et coll. : The prevalence of prodromal features of schizophrenia In adolescence : a preliminary survey. *Acta psychiatr. Scand*., 1995, *92*, 241-249.

MEDNICK S.A. : A breakdown in individual at high risk for schizophrenia : Possible predispositionnal perinatal factors. *Mental Hygiene*, 1970, *54*, 50-61.

NACHT S., RACAMIER P.C. : La théorie psychanalytique du délire. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1958, *22*, 4, 417-532.

PENOT B. : L'identité en question (réflexions sur l'adolescence et la psychose). *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1975, *23*, 12.

RACAMIER P.C. : L'interprétation psychanalytique de la schizophrénie. *EMC : Psychiatrie*, 37291, A-10, 12 p. in-4°, 976.

RACAMIER P.C. : Existe-t-il un diagnostic de schizophrénie? *L'information psychiatrique*, n° 5, vol. 71, mai 1995, 421-520.

RIEDER R.B. : Children at risk. *In : Disorders of the schizophrenia syndrome.* (L. BELLAY, Éd.). Basic Books, NY, 1980.

ROLLAND R. : *Jean-Christophe* (*l'adolescent*). Albin Michel, Paris, 1961, 225-271.

SHAPIRO S.A. : *Contemporary theories of schizophrenia.* McGraw Hill, NY, 1981.

STROBER M., GREEN J., CARLSON G. : Reliability of Psychiatric diagnosis in hospitalized adolescents. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1981, *38*, 141-145.

THOMSEN P.H. : Schizophrenia with childhood and adolescent onset : a nationwide register-based study. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1996, *94*, 187-93.

WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R. : *Changement*, *paradoxes*, *psychothérapie* (trad. française). Le Seuil, Paris, 1975.

WERRY J.S., MCCLELLAN J.M., CHARD L. : Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar, and schizoaffective disorders : a clinical and outcome study. *J. Am. Acad. Child Adolsc. Psychiatry*, 1991, *30*, 457-65.

WIENER I.B., DEL GAUDIO A.C. : Psychopathology in adolescence. An epidemiological study. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1976, *33*, 187-193.

YUNG A.R., MC GORRY P.D., MC FARLANE C. : Monitoring and care of young people at Incipiens risk of psychosis. *Schiz. Bulletin*, 1996, *22*, 353-370.

12 LES CONDUITES PSYCHOPATHIQUES OU TROUBLE DES CONDUITES*

Issu en ligne directe des hypothèses étiopathogéniques du XIXe siècle et du début du XXe, avec les notions de dégénérescence ou de déséquilibre, le statut de la psychopathie reste de nos jours difficile à préciser. En 2005, une audition publique, sous la direction de la Haute autorité de la santé (HAS), réunissant un collège d'experts, praticiens psychiatres d'adultes et d'adolescents, praticiens du droit et du social a tenté de définir des attitudes consensuelles, si elles existent, tant pour la définition que pour la prise en charge du sujet psychopathe. Cette mise au point semblait être effectivement une nécessité en raison des préoccupations politiques et sanitaires actuelles. En effet, la psychopathie occupe actuellement le devant de la scène politico-médiatique, notamment à travers des projets de loi de plus en plus sécuritaires, sur le modèle américain de la tolérance zéro. Le sentiment partagé d'insécurité au niveau de la population générale contribue grandement à l'élaboration des lois de prévention de la délinquance. Une expertise collective INSERM au sujet du « Trouble des conduites » a d'ailleurs été rendue publique en 2005 mais, comme l'a soulignée N. Catheline (2005), ce travail s'est essentiellement orienté vers la prévention de la délinquance et nullement vers la prévention de la souffrance psychique.

LA PSYCHOPATHIE : UNE CATÉGORIE ET DES DIMENSIONS

Le terme de « psychopathie » tel qu'on l'utilise actuellement correspond en réalité à la confluence de trois courants conceptuels, mais cette

* Chapitre rédigé avec la collaboration de Mickaël Humeau, ancien chef de clinique assistant, service universitaire de psychiatrie adulte, centre hospitalier Henri-Laborit, CHU de Poitiers.

confluence masque difficilement certains malentendus. En effet pour certains auteurs, la psychopathie constitue en soi une entité, maladie autonome, avec à la limite des critères de définition biologique et génétique ; pour d'autres le terme de psychopathie renvoie avant tout à une description sémiologique sans préjuger de son étiologie, ni de sa psychopathologie ; d'autres enfin considèrent que la psychopathie se définit par un type précis d'organisation psychopathologique et correspond à une structure mentale caractéristique. Ces ambiguïtés résultent de l'hétérogénéité des trois courants historiques porteurs de ce concept. De manière très schématique, on peut en effet distinguer :

– les conceptions allemandes correspondant aux travaux de typologie de Koch puis de Kraepelin et de K. Schneider ;

– les conceptions anglo-saxonnes issues de la notion de *Moral Insanity* de Pritchard, prolongée par les apports d'Aichhorn ;

– les conceptions françaises dominées par les notions successives de dégénérescence (Morel), puis de déséquilibre mental (Magnan).

Sur le plan catégoriel, il est remarquable de constater que la « psychopathie » n'existe pas vraiment dans les classifications internationales puisque l'on rencontre dans la CIM-10 le terme « personnalité dyssociale » à la rubrique des troubles de la personnalité, la personnalité psychopathique étant considérée comme un équivalent, tandis que dans le reste du corpus de cette classification, les pathologies à expression comportementale sont éparpillées dans d'autres catégories. Il en va de même pour le DSM-IV, où l'entrée « psychopathie » n'est pas référencée. On y trouve à la place le diagnostic de « personnalité antisociale » qui « ne peut être porté que si le patient est âgé de 18 ans ou plus et a déjà présenté avant l'âge de 15 ans au moins quelques symptômes du Trouble des conduites ». L'hypothèse d'un continuum entre certains troubles à l'adolescence, qu'ils soient comportementaux (externalisés) ou psychiques, et un trouble de la personnalité marqué en partie par des conduites antisociales à l'âge adulte est extrêmement complexe et nourrit encore actuellement les échanges entre spécialistes de la santé mentale et politiques, dont la préoccupation principale reste la lutte contre la délinquance et l'insécurité. Cette continuité psychopathologique, si elle existe, ne peut s'appréhender en dehors du prisme des comorbidités, en particulier celles que nous observons dans les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles des conduites (TC) et les troubles oppositionnels avec provocation (TOP).

Par ailleurs, l'entité « psychopathie » s'appréhende difficilement car elle entrecroise trois dimensions dont la conjugaison est particulièrement difficile à démêler :

– une dimension émotionnelle dominée par une difficulté, si ce n'est une impossibilité, à partager avec autrui des émotions et dont le manque d'empathie représente l'illustration la plus évidente ;

– une dimension pulsionnelle dominée par l'impulsivité ;

– une dimension sociale et éducative marquée par une intolérance à la frustration et à la montée d'excitation qui en résulte.

La psychopathie siège au carrefour de ces trois dimensions qui doivent être simultanément présentes pour que le tableau clinique se constitue. Il faut d'ailleurs d'emblée souligner la dépendance majeure de ce tableau clinique au contexte environnemental » (D. Marcelli et D. Cohen, 2005).

QUELQUES PRÉCISIONS TERMINOLOGIQUES

Pour conclure ce paragraphe introductif, nous rappellerons brièvement la définition de quelques termes dont l'usage parfois conjoint avec celui de « psychopathie » risque d'être facteur de confusion :

– la notion de *déviance* et de *marginalité* est une notion essentiellement sociologique : elle renvoie à une norme sociale (déviance) et/ou à un ensemble de valeurs (marginalité) auxquels un groupe d'individus se conforme. Est dit « déviant » ou « marginal » l'individu qui, pour des raisons variables, ne se conforme pas à ces mêmes normes et/ou valeurs ;

– la notion de « *délinquance* » est une notion essentiellement juridique : elle renvoie à la loi et à sa transgression. Est dit « délinquant » l'individu qui ne se conforme pas aux termes de la loi. Il est évident par conséquent que les limites de la délinquance varient d'un pays à l'autre, et dans un même pays d'une période à l'autre de son histoire : ainsi en France la fugue n'est plus un délit et n'appartient plus de ce fait au domaine de la délinquance ;

– la notion de « *sociopathie* » est utilisée par les auteurs anglo-saxons pour désigner les individus qui ne peuvent s'adapter au groupe social dans lequel ils vivent. Le présupposé d'une telle appellation est que l'inadaptation à la structure sociale est nécessairement « maladive », pathologique. Ce terme ne nous paraît pas adéquat dans la mesure où il existe une antinomie dans sa définition même quand on l'applique à un individu précis.

ÉTUDE CLINIQUE : APPROCHE DIMENSIONNELLE ET PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Sans préjuger d'une typologie, d'une structure ou d'une psychopathologie particulière, nous décrirons ici les conduites fréquemment observées dans le cas « des psychopathes asociaux », termes utilisés par H. Flavigny (1977) pour souligner d'un côté la dimension individuelle, et de l'autre la dimension sociale des troubles.

Parmi les conduites de l'individu, nous distinguerons les conduites bruyantes de dyssocialité et les conduites témoins de la souffrance psychique. Si les premières sont aisément repérables, il serait faux de limiter à ces comportements bruyants la totalité des symptômes. En effet, chez la plupart des individus psychopathes on peut observer des conduites témoignant d'un malaise, d'une souffrance psychique certaine, mais qui se manifestent par l'inhibition ou le retrait de telle sorte qu'elles peuvent passer assez facilement inaperçues.

LES CONDUITES DE L'INDIVIDU

Les conduites de dyssocialité

L'impulsivité et l'agressivité. — Ce sont des traits tellement fréquents qu'on a parfois tendance à réduire le psychopathe à ses «passages à l'acte». Deux éléments doivent être notés : la brusquerie, la soudaineté du passage à l'acte d'une part, son aspect répétitif de l'autre. La moindre frustration, le moindre conflit peuvent susciter une violente décharge impulsive. Dans ce cas aucune limitation n'est acceptée; l'expression agie, comportementale prend le pas sur la pensée.

Cette impulsivité se manifeste par des conduites agressives, à caractère antisocial : bagarre, détérioration de matériel, violence sexuelle, mais aussi fugue, vol, délits divers. Dans d'autres cas, l'agressivité se retourne brusquement contre le sujet lui-même : tentative de suicide, automutilation, conduite dangereuse, accident. La gravité sociale et les conséquences du comportement impulsif ne sont aucunement envisagées lors du passage à l'acte, et ne sont pas facteurs de modération. La nature même du geste impulsif dépend en partie des conditions d'environnement présentes. Il est classique de dire, comme le sujet s'en vante souvent lui-même, qu'il n'y a pas de sentiment de culpabilité, ni d'angoisse par rapport à ce geste impulsif.

L'instabilité. — Elle se manifeste dans tous les secteurs : comportemental, mais aussi affectif, scolaire, professionnel. Au plan du comportement, notons les fugues, les errances, ou simplement le besoin de bouger (on se «carre»). Au plan moteur, l'instabilité se traduit par l'importance de l'inattention motrice, de la maladresse gestuelle : il existe fréquemment des perturbations dans le tonus de base avec des dystonies et des paratonies : la maladresse explique que toute tâche est bâclée, sans méthode et sans soin, avec pour seul souci d'en avoir terminé au plus vite. Dans l'enfance, les antécédents d'instabilité psychomotrice, d'hyperkinésie ne sont pas rares (voir paragraphe suivant).

Au plan thymique, on note une labilité souvent excessive : de brusques effondrements d'humeur surgissent pour des raisons en apparence minime, ou simplement parce que le psychopathe a le sentiment diffus d'être mal aimé ou rejeté. Dans d'autres cas, on observe parfois des moments soudains d'expansivité de l'humeur, de jovialité factice. Cette instabilité affective aboutit généralement au passage à l'acte, seule mode d'expression possible de la tension psychique, qu'elle soit dépressive ou expansive.

L'instabilité envahit aussi les activités sociales : chez l'adolescent le choix d'une formation professionnelle, d'une orientation scolaire est sans cesse projeté, mais échoue dès le début de sa réalisation. En général des trésors d'énergie sont dépensés par les éducateurs, les assistantes sociales, le psychiatre, pour trouver une place dans un établissement, ou comme apprenti, place réclamée avec vigueur par l'adolescent et censée correspondre à son choix profond. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines l'adolescent se désintéresse de cette orientation, désire autre chose. Un nouveau projet d'une insertion sociale paisible et confortable, d'un métier intéressant et valorisant est mis en avant. Dans ces conditions, après un certain nombre de tentatives qui épuisent les services sociaux, le risque de marginalisation sociale est de plus en plus grand. Dans tous les cas, l'absentéisme scolaire ou professionnel est élevé, l'apprentissage est refusé, l'adolescent voulant tout de suite accéder aux tâches qui sont les plus valorisées et les plus gratifiantes.

L'instabilité est aussi sentimentale, les relations affectives doivent être immédiatement « payantes », les changements de partenaires sont fréquents. L'homosexualité épisodique n'est pas rare. Ces relations sexuelles chaotiques sont rarement satisfaisantes et traduisent une quête affective toujours insatisfaite.

À l'origine de cette instabilité et de cette impulsivité on évoque le besoin de satisfaction immédiate. Pour H. Flavigny (1977), on devrait dire « que les psychopathes sont en état de besoin, plutôt que de désir ». Le besoin est impérieux, demande à être aussitôt comblé : l'objet doit être possédé dans l'instant même où, soit son désir, soit plutôt son besoin s'en fait sentir. Ce besoin de satisfaction immédiat renvoie à l'incapacité à tolérer la frustration et aux perturbations si fréquentes dans les notions de temps et d'espace (voir les paragraphes suivants).

La nature des relations humaines. — À l'opposé des manifestations précédentes de nature plutôt péjorative, il convient de noter que les adolescents psychopathes ont souvent, de prime abord, un contact facile : ils engagent aisément la conversation, cherchent à plaire, deviennent aussitôt « copains ». Ils racontent facilement leur vie, du moins leurs exploits, s'inventent un curriculum vitae alléchant, construisent des projets. Le contact est d'autant plus facile que le lien de parasitisme social est grand : l'intérêt, le bénéfice immédiat dictent fréquemment les relations avec les

autres. Le changement peut être brusque quand le sujet n'a plus rien à attendre de la relation, ou quand il en est déçu : soudain il peut devenir froid, distant, méprisant et agressif. Les relations humaines se caractérisent essentiellement par leur superficialité, leur irrégularité et par l'impérieux besoin d'une satisfaction immédiate.

Avec les proches les relations sont dominées par l'avidité affective : la demande affective est intense, insatiable. Quand la relation paraît sûre, le psychopathe se montre exigeant, dominateur, possessif, jaloux. Il n'est jamais content et en veut toujours plus. Au moindre doute, au moindre manque sur cette affection ou sur ce lien, on assiste à des effondrements spectaculaires, des tentatives de suicide, des absorptions impulsives d'alcool ou de drogue. Ces relations sont toujours sous-tendues par une angoisse très importante derrière les habituelles attitudes de prestance. De même l'absence de culpabilité qu'on allègue fréquemment laisse plus souvent la place à un sentiment d'écrasante culpabilité, tellement intense que le psychopathe estime qu'il n'y a pas de réparation possible : après une conduite déviante ou agressive, un nouveau passage à l'acte avec la rupture du lien est la solution d'abord envisagée avant de penser à une éventuelle réparation considérée comme impossible en raison de la honte et de l'indignité ressenties alors.

Actuellement, on tend à regrouper ces difficultés relationnelles sous la notion de manque d'empathie. L'empathie est la capacité de ressentir et éventuellement de partager les émotions des autres, ce qui autorise une communauté d'émotion à la base du lien social. Les sujets dits « psychopathes » manquent profondément de cette capacité d'empathie, manque qui s'exprime dans les deux sens : des parents en direction de l'enfant ou de l'adolescent, en direction de ses proches (J.M. Guilé, 2007). Les attitudes négatives et le manque de chaleur affective de la part des parents semblent corrélés chez le jeune entre 9 et 18 ans avec l'apparition ultérieure de conduites antisociales agressives ou non (M.E. Feinberg et coll., 2007).

Les conduites de retrait. — Derrière le paravent bruyant des conduites précédentes, lorsqu'on connaît le continuum de la vie de l'adolescent psychopathe, on perçoit l'existence d'autres symptômes ou manifestations qui traduisent beaucoup plus la fragilité, le désarroi, la souffrance. Ces conduites sont peut-être d'autant plus caractéristiques que le sujet est encore dans l'adolescence.

La passivité. — Elle est habituelle : oisiveté et désœuvrement sont la règle ; l'ennui est la tonalité affective dominante. Le manque d'intérêt est général, l'investissement dans une activité, même de loisirs, reste superficiel, temporaire, et doit toujours être source de satisfaction ou de bénéfice immédiat. L'individu se laisse aisément « conduire » par les événements, il suit la bande, s'adapte aux conditions externes. Les centres d'intérêt se limitent à

des situations passives : écoute interminable d'un même disque, refuge dans une salle de cinéma, attente dans la rue ou le « bistrot ».

La dépendance. — Elle complète la passivité : il n'y a pas d'autonomie réelle, que ce soit par rapport à la famille, à la bande de copains, à l'environnement. L'adolescent psychopathe se laisse aisément manœuvrer, toujours d'accord avec la dernière opinion. Il ne peut rien entreprendre seul. Il ne fait preuve d'aucune initiative, reproduit sans imagination la tâche qu'on lui propose.

Cette passivité et cette dépendance ne font qu'accentuer le sentiment de dévalorisation de l'individu, ce qui peut alors susciter des réactions de prestance dont la manifestation la plus fréquente est la rupture, en particulier quand la dépendance devient trop grande. Ces ruptures renvoient immédiatement à l'impulsivité et à l'instabilité : mais il faut noter que si le geste impulsif, si la rupture se repèrent plus facilement, ces gestes sont fréquemment encadrés par des périodes plus ou moins longues de passivité et de dépendance.

Les décompensations aiguës. — Sur ce fond de dépendance et de passivité peuvent surgir des moments dépressifs parfois profonds : il existe alors un pessimisme intense, un profond désarroi. Les réactions de projections persécutives sont fréquentes, l'origine du malaise étant attribué aux autres : famille, bande, société. Il n'existe pas de sentiment de culpabilité, mais une souffrance qui ressemble plus à une honte ou à une plainte sur soi-même. Le passage à l'acte suicidaire, la prise de drogue ou d'alcool sont à l'évidence des risques majeurs au cours de ces épisodes dépressifs aigus.

LE PSYCHOPATHE DANS SON ENVIRONNEMENT

La famille. — La grande majorité de ces adolescents ont une histoire familiale lourde et douloureuse. Ces facteurs de risque sont décrits au paragraphe suivant.

Le père est peu présent ou fortement dévalorisé, parfois totalement absent. En aucun cas il n'apparaît comme porteur de l'autorité, encore moins de la loi.

La mère maintient avec son adolescent un lien puissant et souvent aussi chaotique qu'il l'a été dans la première enfance. Elle passe de la passivité ou la soumission à l'agressivité et au rejet, du débordement d'affection à la froideur indifférente, de la rigueur morale extrême à la laxité ou même la complicité manifeste. Cette ambivalence extrême des sentiments est constamment agie et imprègne depuis son plus jeune âge la vie de l'enfant : placement institutionnel ou nourricier, retour idyllique au foyer, exigence scolaire excessive, puis retrait soudain de l'école, appel en catastrophe de

police secours pour une vétille, mais protection complice pour un délit, se succèdent dans le chaos le plus complet. À côté de ces histoires carentielles, chaotiques ou abandonniques, quelques adolescents, moins nombreux, sont issus de familles « trop gratifiantes », où l'enfant semble n'avoir jamais été confronté à la moindre limite ou frustration. Ces familles trop comblantes n'ont pas permis à l'enfant de faire l'expérience structurante du manque, de l'attente et de l'élaboration du désir.

L'environnement social : la bande. — Très souvent la famille elle-même est déjà en situation de rejet social. Ce rejet aussi bien du psychopathe à l'égard des institutions sociales que de ces mêmes institutions à l'égard du psychopathe enclenche la spirale de l'exclusion et de la marginalité progressive.

Le rejet est scolaire à partir de 13-14 ans. Cantonné dans les secteurs d'éducation spécialisée, dans la scolarisation marginale, le psychopathe refuse toute scolarité à partir de 14-16 ans. Souvent d'ailleurs il ne sait ni lire ni écrire, ou du moins n'en possède que les rudiments. Les connaissances en calcul sont fragmentaires, réduites aux nécessités de la vie quotidienne.

Le rejet est professionnel : la relative durée des conditions d'apprentissage, la lente progression, la répétitivité des tâches initiales sont bien évidemment l'objet d'un refus massif.

Le rejet est aussi institutionnel : après quelques semaines ou mois satisfaisants qui ont vu se créer un attachement affectif intense avec un éducateur, des conflits apparaissent entre les adolescents, ou avec les autres adultes. Les transgressions des quelques lois imposées mettent en péril le fonctionnement de l'institution qui réagit par l'exclusion.

La seule structure sociale capable d'intégrer le psychopathe semble être la bande (*cf.* chap. 1). Elle lui offre une identité de rôle, une protection, une puissance, un statut même. Toutefois cette insertion dans la bande est souvent plus précaire qu'il n'y paraît au premier abord : les relations de dépendance y sont à la fois contraignantes (l'adolescent doit constamment correspondre à son image) et fragiles (l'adolescent qui s'écarte de la bande est vite rejeté, oublié). Il faut souligner que le psychopathe occupe rarement dans ces bandes une place de choix, par exemple celle du meneur, et qu'il peut même en être rejeté.

APPROCHE CATÉGORIELLE : LE TROUBLE DES CONDUITES

Le trouble des conduites s'exprime chez l'enfant et l'adolescent par une palette de comportements très divers qui vont de crises de colère et de déso-

béissance répétées de l'enfant difficile aux agressions graves comme le viol, les coups et blessures et le vol du délinquant. Sa caractéristique majeure soulignée par l'expertise collective INSERM « est une atteinte aux droits d'autrui et aux normes sociales ».

Les classifications internationales (DSM-IV et CIM-10) définissent les différents critères diagnostiques du trouble des conduites (TC) : agressions, brutalité, destructions de biens matériels, vols, fraudes, violations de règles. Il est à noter que le TC se définit avant tout par la répétition et la persistance des conduites au travers desquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui et les règles sociales.

Comme pour la majorité des troubles du comportement dits « externalisés », l'expression clinique varie en fonction de l'âge du sujet. Chez l'enfant, les manifestations du TC se limitent le plus souvent au milieu familial et à l'espace scolaire. Les capacités d'apprentissage de l'enfant s'en trouvent généralement réduites (*cf. Enfance et psychopathologie*, chap. 18, Aux frontières de la nosographie). À l'adolescence, le trouble va s'étendre à tout l'environnement social et peut entraîner des conduites de prise de risque. D'autre part, un trouble déficit de l'attention-hyperactivité ou un trouble oppositionnel avec provocation est une comorbidité fréquente du TC. Ces deux troubles comorbides favoriseraient la persistance du TC et accentueraient sa sévérité. La question des liens entre ces trois troubles reste cependant posée : facteurs de risque, prédicteurs ou entités cliniques à part entière? Le TC peut également être associé à d'autres types de troubles mentaux : troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles liés à la consommation abusive de substances psychoactives ou encore trouble des apprentissages.

ÉPIDEMIOLOGIE

La prévalence du TC à l'adolescence est comprise entre 6 et 16 % chez les garçons, 2 à 9 % chez les filles (S. Kutcher et coll., 2004). La prévalence du TOP est en revanche maximale à 8-10 ans tous sexes confondus (entre 3 et 4 %).

COMORBIDITÉS

Il existe une importante comorbidité du TC avec :

– le TDAH (*cf.* chap. 14, Aux frontières de la nosographie) (J. Biederman et coll., 1996) ;

– les consommations de produits : substances illégales et, à un moindre degré, alcool (E.R. Disney et coll., 1999 ; K. Flory et D.R. Lynam, 2003 ; M. Laventure et coll., 2006) ;

– les troubles dépressifs, l'un pouvant intervenir dans l'apparition et le maintien de l'autre (D.M. Fergusson et coll., 1996; A. Angold et coll., 1999). Cette association augmenterait le risque de passage à l'acte suicidaire (D.A. Brent et coll., 1993). Par ailleurs, des études menées en population clinique indiquent une comorbidité avec le trouble bipolaire dans 17 à 42 % des cas (M. Kovacs et M. Pollock, 1996; J. Wozniak et coll., 2004). Pour certains, la présence d'un trouble bipolaire chez l'enfant représenterait un facteur prédisposant à l'apparition d'un TC à l'adolescence. D'autre part, l'association d'un trouble bipolaire et d'un TC surdéterminerait la constitution d'une personnalité antisociale à l'âge adulte (J. Wozniak et coll., 2004);

– les troubles anxieux (A. Angold et coll., 1999). Cependant, les études de comorbidité soulignent l'effet modérateur des troubles anxieux sur la sévérité du trouble des conduites ainsi que sur le fonctionnement antisocial (J.L. Walker et coll., 1991). L'un des troubles anxieux généralement associé au TC est l'état de stress post-traumatique (F. Cauffman et coll., 1998; P. Reebye et coll., 2000). Cette comorbidité est plus souvent retrouvée chez les adolescentes ayant subi des violences sexuelles ou présentant des formes sévères (population carcérale notamment);

– les comportements à risque. Au-delà des comorbidités psychiatriques, il a été montré que certains comportements à risque étaient davantage associés au TC : jeux dangereux, sports à risque, prise de risque en véhicules motorisés, boulimie, prise de risque sexuel, suicides violents, conduites de harcèlement, etc.

Liens entre TDAH, TOP et TC de l'enfance à l'adolescence et l'âge adulte (*cf.* aussi *Enfance et psychopathologie*). — Si les liens entre trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH), trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et trouble des conduites (TC) sont nombreux au point parfois de faire douter de la validité de ces entités, les études de suivi de cohorte commencent à fournir des données intéressantes (Gittelman et coll., 1985). Les troubles graves du comportement et l'évolution vers une « psychopathie » (ou une personnalité antisociale) sont d'autant plus à craindre que, dans l'enfance, ont été présents un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et un trouble des conduites. En cas de TDAH dans l'enfance, la comorbidité avec le TOP et plus encore avec le TC dès cet âge semble nécessaire pour que le Trouble des Conduites apparaisse ou s'aggrave à l'adolescence (Vautier et coll., 2007). Il existe une différence entre filles et garçons puisque le seul TOP pourrait produire l'apparition de TC à l'adolescence chez les garçons, alors que, chez les filles, l'association TOP et TDAH semble nécessaire pour entraîner l'apparition de ce TC.

Enfin, à l'âge adulte, l'évolution chez un garçon vers la délinquance et/ou la criminalité grave semble d'autant plus à risque que dans l'enfance et l'adolescence les conduites antisociales étaient associées à : un TDAH, un QI limite, un niveau socio-économique bas (J.H. Satterfield et coll., 2007).

FACTEURS DE VULNERABILITE

Les facteurs de risque pris isolément n'expliquent pas la survenue d'un TC, mais c'est bien plus la cooccurrence de ces facteurs qui est importante à considérer dans l'apparition d'un TC.

Génétique. — Les études d'agrégation familiale montrent que les apparentés de sujets hyperactifs présentent une fréquence de TC multipliée par deux à quatre en comparaison des témoins, ainsi qu'une augmentation du risque de développement d'une personnalité antisociale ou psychopathique (J. Biederman et coll., 1990; S.V. Faraone et coll., 2000). En revanche, l'augmentation de fréquence du trouble des conduites dans les familles d'hyperactifs apparaît modérée. En fait, plusieurs études récentes ont montré que cette augmentation du risque était spécifique à la comorbidité entre TC et TDAH (S.V. Faraone et coll., 2000).

Les études d'adoption montrent une corrélation significative entre les antécédents biologiques de personnalité antisociale et certaines stratégies éducatives des parents adoptifs (J.C. Van Der Valk et coll., 1998a; S. Sprich et coll., 2000), ce que T.G. O'Connor et coll. (1998) nomment le *negative control*, correspondant au retrait et à l'induction de culpabilité. T.G. O'Connor et coll. (2003) ont d'ailleurs montré un lien entre les symptômes de troubles externalisés et les antécédents d'émotionnalité négative chez les mères biologiques, seulement en cas de séparation survenant au sein du foyer adoptif.

Le score d'héritabilité génétique du TC et du TOP est inférieur à celui du TDAH : il est estimé à 50 % dans les études de jumeaux (S. Schmitz et coll., 1995; H. Gjone et J. Stevenson, 1997). S'il semble tout à fait indépendant du sexe de l'enfant, il paraît, en revanche, varier en fonction de l'âge. En effet, l'héritabilité est plus élevée dans les conduites antisociales survenant à l'âge scolaire comparativement à celles survenant en âge préscolaire et à l'âge adulte, même si ces données demandent à être confirmées par des études longitudinales. Au sein des symptômes du TC, les conduites d'agression physique semblent être les plus héritables : 60-70 % (INSERM, 2005).

En ce qui concerne l'hypothèse de l'existence de gènes de vulnérabilité, une revue des études de génétique moléculaire permet de retenir les gènes codant pour les récepteurs dopaminergiques D4 et D5 comme d'éventuels gènes de susceptibilité au TDAH. Pour autant, les associations retrouvées sont modérées et sont loin d'expliquer les données épidémiologiques puisque la présence de chaque allèle n'augmente le risque que de 1,25. Seules quelques études identifient une association entre le gène du DRD4 et le TDAH comorbide au trouble des conduites, et une association du DRD5 avec le TOP chez des patients présentant un abus de substances psychoactives (*cf.* expertise collective INSERM pour la revue de la littérature, 2005).

Tempérament. — L'ensemble des traits définissant le tempérament difficile (qualité négative de l'humeur, faible persévérance, faible adaptabilité, forte distractibilité et réactions émotionnelles intenses, niveau élevé d'activité, retrait social) présent dès l'enfance constitue une forte prédictivité vis-à-vis des problèmes d'adaptation psychosociale à l'adolescence et à l'âge adulte. En fait, le tempérament difficile n'est pas spécifique du TC mais serait également prédictif d'autres troubles mentaux (troubles internalisés et TDAH). En revanche, la précocité de l'hétéroagressivité, du faible contrôle émotionnel et de l'indocilité aurait un fort potentiel de prédiction de la survenue d'un TC.

Par ailleurs, les traits de tempérament, par les interactions entre le sujet et son environnement, pourraient conférer une vulnérabilité développementale aux formes d'hyperactivité, aboutissant aux conduites antisociales. De nombreuses études ont recherché une association entre la recherche de nouveauté et certains polymorphismes du DRD4 et du 5-HTT (A.N. Kluger et coll., 2002 ; K. Lakatos et coll., 2003 ; G. Rogers et coll., 2004).

Période anténatale et périnatale. — Différents événements au cours de la période anténatale puis périnatale ont été identifiés comme facteurs susceptibles d'augmenter le risque de survenue ultérieure d'un trouble des conduites. Toutefois, il semble probable que l'influence de ces événements précoces soit peu spécifique. Parmi ces événements, citons l'usage maternel de substances psychoactives (alcool, cannabis), la prématurité et un faible poids de naissance ou encore des complications obstétricales à l'origine de déficits neurologiques et de troubles neuro-comportementaux (INSERM, 2005).

Facteurs familiaux et environnementaux. — Différents facteurs contextuels, essentiellement en lien avec la famille ou l'environnement psychosocial, sont associés au risque de trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Les conditions environnementales défavorables ont un impact d'autant plus important qu'elles sont souvent chroniques et associées à d'autres facteurs de risque. Parmi les facteurs qui ont été étudiés, on retiendra les effets de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant, une grossesse précoce, un attachement *insecure* ou désorganisé, un éclatement de la structure familiale, des attitudes parentales délétères et des pratiques éducatives inadaptées, ou encore le fait d'avoir un frère ou une sœur condamné pour un acte de délinquance, l'exposition à la violence véhiculée par les médias et les comportements d'agression des jeunes.

Déficits neurocognitifs. — Deux types de déficit neurocognitif semblent impliqués dans le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Il s'agit, d'une part, d'un déficit des habiletés verbales (T.E. Moffit et D.R. Lynam, 1994 ; A.D. Pineda et coll., 2000) et, d'autre part, d'un déficit

du système d'inhibition exécutive de l'action (B. Dubois et coll., 1994). Concernant le déficit des habiletés verbales, les enfants et adolescents présentant un TC se caractérisent par un faible niveau verbal au test psychométrique, comparativement à leur niveau de performance. Sur le plan neuroanatomique, ce déficit associé à un TC renverrait à un dysfonctionnement au niveau des régions temporales de l'hémisphère gauche. Pour ce qui est du déficit exécutif, il serait le fait d'un dysfonctionnement des lobes frontaux ou plus largement des circuits fronto-striato-thalamiques (E. Koechlin et coll., 2003).

Mécanismes biologiques

Paramètres biologiques périphériques et comportements impulsifs, agressifs et violents. — Plusieurs études ont retrouvé des taux anormalement bas de cholestérol dans le sérum aussi bien de sujets auteurs d'agressions violentes (E. Repo-Tiihonen et coll., 2002) que chez des patients ayant commis une tentative de suicide à caractère violent (J.C. Alvarez et coll., 2000). En fait, un déficit en cholestérol pourrait entraîner une diminution de la densité et de la fonctionnalité des récepteurs 5-HT1A de la sérotonine (T.J. Pucadyil et A. Chattopadhyay, 2004), l'activation de ces récepteurs ayant pour effet une réduction des comportements impulsifs.

Par ailleurs, une hypoactivité sympathique (fréquence cardiaque faible) a été retrouvée chez des jeunes garçons (11-12 ans) présentant un TC et un comportement impulsif-agressif (D.J. Kindlon et coll., 1995).

De même, une diminution induite de la concentration de tryptophane plasmatique exacerberait les conduites agressives (J.M. Bjork et coll., 1999).

Enfin, des taux élevés d'hormone adénocorticotrope et de cortisol ont été rapportés chez des garçons, âgés entre 8 et 18 ans et présentant un TC, en particulier chez ceux ayant aussi un trouble anxieux (K. McBurnett et coll., 1991).

Neurobiologie des troubles du comportement externalisés. — Dans la plupart des études, les dosages de sérotonine et de GABA ont abouti à la mise en évidence d'une corrélation inverse entre les taux de 5-HIAA dans le LCR et le trait impulsivité : agressivité chez l'homme adulte (M. Virkkunen et coll., 1995 ; M. Krakowski, 2003 ; S. Morley-Fletcher et coll., 2004). La mesure d'autres paramètres pertinents confirmerait l'hypothèse d'une hypoactivité sérotoninergique cérébrale chez le sujet impulsif-agressif-violent (F. Askenasy, 2001 ; H. Soderstrom et coll., 2003). La dopamine pourrait également jouer un rôle dans les comportements impulsifs (G.A. Rogeness et coll., 2000 ; Q. Wang et coll., 2005).

Circuits neuronaux concernés. — Certaines régions du cortex préfrontal, en particulier le cortex orbito-frontal et le cortex cingulaire anté-

rieur, étroitement connectés avec l'amygdale, participent au traitement des informations de nature affective. Des lésions du cortex cingulaire chez l'homme sont souvent associées à des déficits d'ordre affectif, notamment une désinhibition, un manque de retenue en société, de l'impulsivité et de l'agressivité (J.R. Seguin, 2004).

Outils d'évaluation. — Il n'existe pas d'instruments d'évaluation spécifique de la psychopathie chez l'enfant ou l'adolescent. L'échelle de Hare utilisée chez l'adulte ne semble effectivement pas transposable à l'enfant ou l'adolescent (D. Marcelli et D. Cohen, 2005).

ABORD PSYCHOPATHOLOGIQUE

LE NIVEAU INTELLECTUEL ET LE FONCTIONNEMENT COGNITIF

L'évaluation du niveau intellectuel met en évidence une efficience variable. On observe parfois des capacités intellectuelles de niveau normal, voire même supérieur. Il existe toutefois une augmentation de fréquence des niveaux limites (60 ≤ QI ≤ 85).

Sur un plan épidémiologique cette constatation est à mettre en corrélation avec le médiocre niveau socioculturel et économique des familles dont sont issus beaucoup de psychopathes. Ces « familles-problèmes » présentent en effet une organisation matérielle et des systèmes d'interaction entre individus très perturbés. Selon certains auteurs ces perturbations rendent compte des difficultés qu'ont les enfants à élaborer un système de pensée correctement structuré (voir Psychopathologie des Familles-problèmes, *In : Enfance et psychopathologie*). Au plan qualitatif, il existe fréquemment une relative hétérogénéité dans les résultats des tests avec des chutes fréquentes à certains sub-tests, en particulier ceux qui font intervenir les notions de temps.

À partir des tests d'évaluation piagétienne (échelle de Pensée logique de Longeot), l'analyse plus fine du fonctionnement cognitif semble montrer l'existence fréquente de perturbation particulière. On a décrit trois éléments qui seraient caractéristiques du fonctionnement cognitif des adolescents psychopathes (B. Gibello, 1978) : 1) la dyspraxie, 2) la dyschronie, 3) la dysgnosie.

La dyspraxie est le terme employé pour caractériser l'incapacité d'imaginer l'effet d'une action, d'anticiper les conséquences d'un geste, de connaître et de se représenter les possibilités dynamiques du corps en mouvement. Cliniquement, elle se traduit par la maladresse fréquente dont

font preuve ces adolescents, la manipulation heurtée des objets, les fréquentes blessures ou griffures qu'ils se font et les dégradations involontaires qu'ils font subir à leurs affaires, même quand ils y tiennent. Selon B. Gibello la dyspraxie traduit « une discontinuité subtile dans la représentation mentale des objets, ce qui lie deux états successifs d'un objet soumis à une force quelconque est méconnu, impensable ».

La dyschronie évoque l'incapacité à penser et à investir un objet en tenant compte de son caractère de permanence dans le temps. L'objet n'existe que dans la mesure où il est présent, son absence correspond à son anéantissement. Au plan clinique ceci se traduit par les brusques désinvestissements d'un bien matériel ou d'une personne dès que sa présence et/ou sa disponibilité immédiate ne sont plus garanties. Cette dyschronie traduirait les achoppements dans l'élaboration satisfaisante de l'espace-temps imaginaire où s'inscrivent les notions de chronologie (succession des événements) et de durée.

La dysgnosie enfin caractérise les perturbations de la fonction sémiotique dont le rôle normal est d'articuler le signifié (dans la théorie linguistique) ou la représentation de choses (dans la théorie psychanalytique) avec le signifiant ou la représentation de mot. Au plan clinique l'illustration de la dysgnosie se trouve dans la fréquence avec laquelle on observe des perturbations du langage (marquées en particulier dans les tests par un QIV < QIP), dans la difficulté à utiliser le langage comme véhicule privilégié des interactions humaines (l'agir étant la modalité relationnelle principale). Au plan de l'élaboration de la pensée, la dysgnosie est, selon B. Gibello, responsable d'une coupure radicale entre les objets, coupure qui se situe entre l'objet dans sa matérialité, et sa désignation verbale.

L'origine et la fonction de ces trois types de perturbations, dyspraxie, dyschronie et dysgnosie, parfois regroupés sous le terme de **dysharmonie cognitive,** sont l'objet de différentes hypothèses selon les auteurs. Pour certains, cette dysharmonie cognitive correspond à un mécanisme psychique de défense, mécanisme mis au service du clivage, véritable équivalent de défense maniaque au sens kleinien. Pour d'autres, il n'est que la conséquence des perturbations subies dans la petite enfance, perturbations ayant entravé l'investissement des processus secondaires de pensée : il représente la cicatrice des multiples ruptures et brisures subies dans les premières années. Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse d'un mécanisme de défense actif ou d'une séquelle persistante, les perturbations du fonctionnement cognitif jouent un rôle de premier plan à la fois dans la symptomatologie présente de l'adolescent psychopathe, mais aussi dans ses possibilités évolutives et dans ses chances d'insertion socioprofessionnelle ultérieure.

ORGANISATION PSYCHOPATHOLOGIQUE

L'ensemble des conduites pathologiques observées sont à mettre en corrélation avec un certain nombre de mécanismes mentaux de défense utilisés de façon particulièrement fréquente par l'adolescent psychopathe. Les divers auteurs s'accordent à reconnaître la constante «*faiblesse du Moi*» des adolescents psychopathes. Le terme de «*faiblesse du Moi*» est issu des conceptions de la psychanalyse génétique d'Hartman. Selon O. Kernberg la «*faiblesse du Moi*» se caractérise par un ensemble de traits dont certains sont spécifiques et d'autres non spécifiques. Parmi les traits non spécifiques de «*faiblesse du Moi*» on regroupe habituellement : 1) une médiocre capacité de tolérance à l'angoisse, en particulier toute augmentation de l'angoisse habituelle entraîne des perturbations graves dans les fonctions adaptatives du moi ; 2) l'absence d'une capacité suffisante à contrôler les pulsions avec en corrélation une impulsivité à agir ces pulsions ; 3) l'absence de possibilité satisfaisante de sublimation dont le corollaire est le désintérêt pour tout ce qui ne représente pas une possibilité de satisfaction pulsionnelle immédiate. Cette *faiblesse du Moi* constitue un obstacle important, aussi bien dans les capacités d'adaptation de l'individu à son environnement (social et/ou professionnel) que dans ses capacités d'établir des relations d'objets stables. À ces signes non spécifiques de faiblesse du moi, il convient d'ajouter les signes spécifiques dont témoigne l'utilisation privilégiée de certains mécanismes mentaux de défense. Les auteurs notent généralement l'association assez régulière de mécanismes de défense centrés autour de la mise en acte, mais aussi du clivage (passage soudain d'un état affectif à un autre, ou brusque changement d'investissement ou attitudes contradictoires, sans que cette contradiction soit source apparente de conflit), de l'idéalisation (comme en témoignent les idéalisations soudaines et intenses d'une personne, mécanisme qui par clivage, puis dévalorisation, peut se transformer d'ailleurs tout aussi rapidement en mépris et indifférence à l'égard de la même personne) et de l'identification projective (adhésion massive et sans aucune distance à un leader, à l'idéal d'un groupe, etc.).

Sur le plan structurel, un accord entre les auteurs paraît se dégager sur certaines caractéristiques : 1) *la faiblesse de l'idéal du moi* toujours notable.

La mégalomanie apparente n'est qu'un médiocre paravent : au moindre accroc le psychopathe laisse percer une image dévalorisée, déchue, toujours insatisfaisante de lui-même, sans amélioration possible dans l'avenir ; 2) *une organisation surmoïque archaïque* fonctionnant selon le registre de la loi du talion, où ni la réparation, ni le pardon ne sont possibles : en témoigne l'extrême angoisse quand le psychopathe pense avoir perdu l'estime ou l'amour d'une personne aimée en raison de sa propre conduite et l'incapacité où il se trouve de chercher à «réparer» sa faute. Sa conduite d'échec ou de fuite représente souvent l'unique issue. Seules l'annulation magique de la conduite destructive ou la reconstruction «de novo» de l'objet endommagé sont possibles.

Quant au type de structure sous-jacent, il convient de lever une ambiguïté inhérente au terme « psychopathie ». Cette terminologie désigne un « ensemble de conduites » qu'on retrouve assez régulièrement corrélées les unes aux autres, en particulier chez l'adolescent et l'adulte jeune. Elle ne présage pas d'une organisation structurelle sous-jacente ; certains patients paraissent proche d'une organisation névrotique, tandis que d'autres paraissent plus proches d'un mode d'organisation psychotique. Pour O. Kernberg, un grand nombre d'adolescents psychopathes est à ranger dans le cadre des « prépsychoses » ou états limites.

H. Flavigny réfute de son côté la notion de structure psychopathique car « cela semble contestable dans la mesure où l'essentiel est caractérisé par un manque, par une absence de structuration ». Pour cet auteur la psychopathie correspond avant tout à une description comportementale, son évolution est conditionnée certes par les toutes premières expériences, mais aussi par les aléas existentiels.

ORIENTATIONS THÉRAPEUTIQUES

La prise en charge thérapeutique et sociale repose sur la coordination de champs parfois opposés en ce qui concerne leurs modalités d'application. Pourtant, l'aide aux « adolescents difficiles », comme le nomme P. Alecian (2005) dans une perspective anthropologique, nécessite la confrontation et la prise en compte de ces différents champs, qu'ils soient médical, psychiatrique, psychologique, social ou judiciaire. Si le travail interdisciplinaire apparaît effectivement capital, il n'en reste pas moins que la continuité de cette prise en charge est indispensable. Le rapport produit par l'INSERM (2005) livre des recommandations essentiellement axées sur la prévention. En effet, il préconise le dépistage et la prise en charge précoce du « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent ». La recommandation la plus controversée consiste en un dépistage systématique dès l'âge de 36 mois « des crises de colère et de désobéissance répétée ».

En fait, dans la littérature, peu de travaux ont été menés sur les stratégies thérapeutiques, notamment chez l'adolescent. Cependant, de l'expérience clinique se dégagent des axes de thérapie, qu'ils soient relationnels dans le cadre de psychothérapies individuelles, chimiothérapiques ou institutionnels, inscrits ou non dans un dispositif médico-socio-judiciaire. Par ailleurs, l'intervention thérapeutique doit être de nature pluridisciplinaire car, indépendamment des facteurs psychodynamiques, les troubles agressifs peuvent se développer dans des situations de carence, de séparation ou de maltraitance (B. Welniarz, 2001). En revanche, sur le plan psychothérapique, le soin ne doit cibler aucun symptôme particulier mais proposer un cadre où le patient et sa famille pourront élaborer les conditions affectives person-

nelles et environnementales d'une reprise du développement de la personnalité de l'adolescent. Beaucoup de nos recommandations sont tirées de la synthèse bibliographique proposée par L. Sarfati (2005) lors de l'audition publique sur la psychopathie.

PLACE DES PSYCHOTHÉRAPIES

L'approche relationnelle, toujours difficile, apparaît indispensable. La place des psychothérapies individuelles n'est pourtant pas bien définie. Cependant, des auteurs comme C. Balier (1988, 2005) ont montré la pertinence de l'approche psychodynamique dans les psychothérapies d'adultes psychopathes. Ils préconisent d'ailleurs une prise en charge par une équipe soignante qu'elle soit composée de médecins psychiatres, de psychologues ou d'infirmiers psychiatriques. La psychothérapie par un seul et unique thérapeute est à déconseiller en raison de la complexité du trouble et de ses conséquences médicosociales et scolaires. Non seulement le travail d'équipe apparaît indispensable, mais la pluridisciplinarité semble également être une condition *sine qua non*. Enfin, le travail de restauration de l'humain chez quelqu'un qui n'a pas été « suffisamment humanisé » ne peut se concevoir que sur de longues durées (J.P. Chartier, 2005). Il faut donc du temps et des structures bien différenciées.

En ce qui concerne les autres psychothérapies, il est à noter que certains auteurs préconisent le développement d'un traitement structuré comprenant des *feed-back* immédiats et réguliers (T.H. Pham, 1995 et 1998). D'autres insistent sur l'intérêt du contrôle comportemental strict par des attitudes thérapeutiques orientées vers la confrontation (Suefeld et Landon, cité par L. Sarfati, 2005). La focalisation sur les frustrations quotidiennes a été par ailleurs étudiée. Sont également encouragées différentes modalités thérapeutiques simultanées, verbales et non verbales. Les thérapies de groupe sont fréquemment utilisées en milieu fermé. Enfin, pour certains auteurs notamment outre-atlantique, l'approche cognitivo-comportementale serait plus appropriée que comportementale ou psychodynamique seule (Templeman et Vollersheim, 1977, cité par L. Sarfati). Ces auteurs préconisent entre autres la thérapie par jeux de rôle.

PLACE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les médicaments psychotropes peuvent trouver leur utilité dans le traitement des comorbidités psychiatriques et dans le cadre des décompensations aiguës. Par ailleurs, la pharmacothérapie agit sur des symptômes, non sur des entités nosologiques. Or, il n'y a pas de consensus concernant la meilleure

classe pharmacologique par rapport à un symptôme en particulier. La prise en charge des décompensations aiguës est d'ailleurs à différencier du traitement de fond pour lequel aucune molécule n'a à ce jour démontré son efficacité (T. Fillieux et I.O. Godfroid, 2001).

PLACE DE L'APPROCHE SOCIALE ET JUDICIAIRE

Le lien entre les différentes prises en charge devra être assuré, notamment en cas d'incarcération : participation active de professionnels travaillant à l'extérieur de la prison à la prise en charge faite à l'intérieur en reliant le travail effectué en milieu carcéral au suivi qui pourra être mis en place à l'extérieur. Les contacts réguliers avec les magistrats sont importants. La prise en considération des politiques publiques de lutte contre la délinquance des mineurs nous conduit à définir la prise en charge actuelle des psychopathes. En effet, celle-ci se situe, d'une part, entre le dispositif éducatif et le dispositif répressif et, d'autre part, entre le répressif et le médical. Elle nécessite donc un travail important d'articulation entre ces trois dispositifs (*cf.* chap. 20, L'adolescent et le droit).

THÉRAPEUTIQUE : CONCLUSION

Certaines attitudes thérapeutiques suscitent un relatif consensus : les règles de collaboration doivent être réalistes, structurantes, voire directives. Toutefois, les sujets psychopathes supportent mal l'excès de contrainte et il semblerait contre-productif de se focaliser sur le volet répressif. Dans un but de réhabilitation sociale, il faudrait travailler sur le plan thérapeutique autour d'un meilleur autocontrôle, d'une meilleure adaptation au milieu ambiant, ou d'une réinsertion socioprofessionnelle minimale. Comme nous l'avons évoqué, le travail en équipe s'impose du fait des réactions contre-transférentielles. Et, quelle que soit l'approche choisie, la marge de manœuvre thérapeutique est étroite.

BIBLIOGRAPHIE

BALIER C. : *La violence en abyme.* PUF, collection Fil rouge, Paris, 2005.

FLAVIGNY H. : De la notion de psychopathie. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1977, *25*, 1, 19-75.

KERNBERG O. : *Les troubles graves de la personnalité.* PUF, Paris, 1989, 1 vol.

Sous la direction de la Haute autorité de santé (HAS). Audition publique 15-16 décembre 2005, *Prise en charge de la psychopathie*, 174 p.

VAN LIER A.C., VAN DER ENDE J., KOOT H.M., VERHULST F.C. : Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *J. Child Psychology Psychiatry*, 2007, *48* (6), 601-608.

ALECIAN P. : Enfants, adolescents difficiles… *In* : Sous la direction de la Haute autorité de santé (HAS). Audition publique 15-16 décembre 2005, *Prise en charge de la psychopathie*, 74-79.

ALVAREZ J.C. et coll. : Low blood cholesterol and low platelet serotonin levels in violent suicide attempters. *Biol. Psychiatry,* 1999, *45*, 1066-1069.

ALVAREZ J.C. et coll. : Low serum cholesterol in violent but not in non-violent suicide attempters. *Psychiatry Res.,* 2000, *95*, 103-108.

ANGOLD A., COSTELLO E.J., ERKANLI A. : Comorbidity. *J Child Psychol. Psychiatry,* 1999, *40*, 57-87.

ASKENAZY F. : *Étude dimensionnelle clinique et biologique des conduites à risque à l'adolescence.* Thèse Sciences de la vie, Paris VI, 2001.

Audition de M. J.-P. Chartier, directeur de l'école des psychologues praticiens, 22 mai 2002. Commission d'enquête sénatoriale française sur la délinquance des mineurs 2002. *In* : http ://www.reseau-voltaire.net/article10105.html.

BALIER C. : *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, collection Fil rouge, Paris, 1988.

Biederman J. et coll. : Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1990, *29*, 526-533.

BIEDERMAN J. et coll. : Is childhood oppositionnal defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1996, *35*, 1193-1204.

BIEDERMAN J. et coll. : Further evidence of a bidirectional overlap between juvenile mania and conduct disorder in children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1999, *38*, 468-476.

BJORK J.M. et coll. : The effects of tryptophan depletion and loading on laboratory aggression in men : time course and a food-restricted control. *Psychopharmacol.,* 1999, *142*, 24-30.

BRENT D.A. et coll. : Adolescent psychiatric inpatients's risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1993, *32*, 95-105.

CATHELINE N. : Existe-t-il des signes précurseurs et comment les identifier? *In* : Sous la direction de la Haute autorité de santé (HAS). Audition publique 15-16 décembre 2005, *Prise en charge de la psychopathie*, 53-56.

CAUFFMAN F., FELDMAN S., WATERMAN J., STEINER H. : Post-traumatic stress disorder among female juvenile offenders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1998, 37, 1209-1216.

CHARTIER J.P. : La psychanalyse transdisciplinaire et péripatéticienne : une réponse thérapeutique à la psychopathie? *In* : Sous la direction de la Haute autorité de santé (HAS). Audition publique 15-16 décembre 2005, *Prise en charge de la psychopathie*, 80-82.

DISNEY E.R., ELKINS I.J., MCGUE M., IACONO W.G. : Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am. J. Psychiatry,* 1999, *156*, 1515-1521.

DUBOIS B., PILLON B., SIRIGU A. : Fonctions intégratives et cortex préfrontal chez l'homme. *In* : Seron X., Jeannerod M. *Neuropsychologie humaine.* Mardaga, Liège, 1994, 453-459.

FARAONE S.V., BIEDERMAN J., MONUTEAUX M.C. : Attention-deficit disorder and conduct disorder in girls : evidence for a familial subtype. *Biol. Psychiatry,* 2000, *48*, 21-29.

FEINBERG M.E. et coll. : Parenting and adolescent antisocial behavior and depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2007, *64*, 457-465.

FERGUSSON D.M., LINSKEY M.T., HORWOOD L.J. : Comorbidity between depressive disorder and nicotine dependence in a cohort of 16-year-olds. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996, *53*, 1043-1047.

FILLIEUX T., GODFROID I.O. : Le point sur le traitement des psychopathes. *Ann. Med. Psychol.,* 2001, *159*, 285-93.

FLORY K., LYNAM D.R. : The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse : what role does conduct disorder play? *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.,* 2003, *6*, 1-16.

GAY A. : *Face aux mineurs psychopathes, la prison peut-elle jouer un rôle constructif?* Mémoire ENAP, Agen, 1999.

GIBELLO B. : Perturbations des fonctions cognitives des adolescents et marginalité. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, *26*, 12, 627-635.

GIBELLO B. : Pathological cognitive disharmony and reasoning homogeneity index. *Journal of Ado.*, 1983, *6*, 109-130.

GITTELMAN R., MANNUZZA S., SHENKER R., BONAGURE N. : Hyperactive boys almost grown up I : *Psychiatric Status. Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, *42*, 937-947.

GJONE H., STEVENSON J. : A longitudinal twin study of temperament and behavior problems : common genetic or environmental influences? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, *36*, 1448-1456.

GUILE J.M. : Perturbations précoces de l'intersubjectivité et de l'empathie : quels liens avec les troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent? *Ann. Med. Psychol.,* 2007, *165*, 412-419.

Institut national de la Santé et de la Recherche médicale : *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent.* Expertise collective, Paris, INSERM, 2005, 428 p.

JEAMMET P. : Comment assurer la continuité de la prise en charge au cours de l'adolescence? *In* : Sous la direction de la Haute autorité de santé (HAS). Audition publique 15-16 décembre 2005, *Prise en charge de la psychopathie*, 99-100.

KERNBERG O. : *Les troubles limites de la personnalité.* Dunod, Paris, 1977, 1 vol.

KINDLON D.J. et coll. : Longitudinal patterns of heart rate and fighting behavior in 9-trough 12-year-old boys. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1995, *34*, 371-377.

KLUGER A.N., SIEGFRIED Z., EBSTEIN R.P. : A meta-analysis of the association between DRD4 polymorphism and novelty seeking. *Mol. Psychiatry,* 2002, *7*, 712-717.

KOECHLIN E., ODY C., KOUNEIHER F. : The architecture of cognitive control in the human prefrontal cortex. *Science,* 2003, *302*, 1181-1185.

KOVACS M., POLLOCK M. : Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1995, *34*, 715-723.

KRAKOWSKI M. : Violence and serotonin : influence of impulse control, affect regulation, and social functioning. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosc.,* 2003, *15*, 294-305.

KUTCHER S., AMAN M., BROOKS S. et coll. : International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disosder (ADHD) and disruptive behaviour disorder (DBDs) : clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur. Neuropsychopharmacol.,* 2004, *14*, 11-28.

LAKATOS K., NEMODA Z., BIRKAS E. : Association of D4 dopamine receptor gene and serotonin transporter promoter polymorphism with infants'response to novelty. *Mol. Psychiatry,* 2003, *8*, 90-97.

LAVENTURE M., DERY M., PAUZE R. : Consommation de psychotropes et persistance du trouble des conduites chez les adolescents. *Alcoologie et Addictologie,* 2006, *28* (3), 223-230.

MARCELLI D., COHEN D. : Outils d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. *In* : Sous la direction de la Haute autorité de santé (HAS). Audition publique 15-16 décembre 2005, *Prise en charge de la psychopathie*, 25-30.

MAZELL P.L., CARR V., LEWIN T.J., SLY K. : Manic symptom in young males with ADHD predict functioning but not diagnosis after 6 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2003, *42*, 552-560.

MCBURNETT K. et coll. : Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children : II. Relation to salivary cortisol. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, *30*, 192-196.

MOFFIT T.E., LYNAM D.R. : The neuropsychology of conduct disorder and delinquency : implications for understanding antisocial behavior. *In* : Fowles D., Stutker P., Goodman S. Psychopathy and antisocial personality : a développementale perspective. *Progress Exp. Person. Psychopathol. Res.,* 1994, *18*, 233-262.

MORLEY-FLETCHER S. et coll. : Chronic treatment with imipramine reverses immobility behavoir, hippocampal corticosteroid receptors and cortical 5-HT1A receptor mRNA in prenatally stressed rats. *Neuropharmacol.,* 2004, *47*, 841-847.

O'CONNOR T.G. et coll. : Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence : antisocial behaviour problems and coercive parenting. *Dev. Psychol.,* 1998, *34*, 970-981.

O'CONNOR T.G., CASPI A., DEFRIES J.C., PLOMIN R. : Genotype-environment interaction in children's adjustment to parental separation. *J Child Psychol. Psychiatry*, 2003, *44*, 849-856.

PHAM T.H. : Imagerie mentale et alexithymie chez les psychopathes incarcérés. *Therap. Comp. Cognit.,* 1995, *5* (4), 109-16.

PHAM T.H. : Le traitement psychologique des sujets psychopathiques et des personnalités antisociales. *Rev. Clin. Comp. Cognit.,* 1998, *3* (1), 1-6.

PINEDA AD. et coll. : Neurobehavioral characteristics of adolescents with behavioral disorder. *Intern. J. Neuroscience,* 2000, *101*, 133-155.

PUCADYIL T.J., CHATTOPADHYAY A. : Cholesterol modulates ligand binding and G-protein coupling to serotonin 1A receptors from bovine hippocampus. *Biochim. Biophys. Acta*, 2004, *1663*, 188-200.

REEBYE P., MORETTI M.M., WIEBE V.J., LESSARD J.C. : Symptoms of posttraumatic stress disorder in adolescent with conduct disorder : sex differences and onset patterns. *Can. J. Psychiatry,* 2000, *45*, 746-751.

REPO-TIIHONEN E., HALONEN P., TIIHONEN J., VIRKKUNEN M. : Total serum cholestreol level, violent criminal offences, suicidal behavior, mortality and the appearance of conduct disorder in Finnish male criminal offenders with antisocial personality disorder. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*., 2002, *252*, 8-11.

ROGENESS G.A., JAVORS M.A., MAAS J.W., MACEDO C.A. : Catecholamines and diagnoses in children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1990, *29*, 234-241.

ROGERS G. et coll. : Association of a duplicated repeat polymorphism in the 5'-untranslated region of the DRD4 gene with novelty seeking. *Am. Med. Genet.,* 2004, 126B, 95-98.

SARFATI L. : Synthèse bibliographique. *In* : Sous la direction de la Haute autorité de santé (HAS). Audition publique 15-16 décembre 2005, *Prise en charge de la psychopathie*, 133-173.

SATTERFIELD J.H. et coll. : A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems : adult criminality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007, *45* (5) : 601-610.

SEGUIN J.R. : Neurocgnitive elements of antisocial behaviour : relevance of an orbitofrontal cortex account. *Brain and Cognition*, 2004, *55*, 185-197.

SCHMITZ S., FULKER D.W., MRAZEK D.A. : Problem behavior in early and middle choldhood : an initial behavoir genetic analysis. *J. Child Psychol. Psychiatry,* 1995, *36*, 1443-1458.

SODERSTROM H., BLENNOW K., MANHEM A., FORSMAN A. : CSF studies in violent offenders. I. 5-HIAA as a negative and HVA as a positive predictor of psychopathy. *J. Neural. Transm.,* 2001, *108*, 869-878.

SPRICH S. et coll. : Adoptive and biological families of children and adolescent with ADHD. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 2000, *39*, 1432-1437.

VAN DER VALK J.C. et coll. : Longitudinal genetic analysis of problem behaviors in biologically related and unrelated adoptees. *Behav. Genet.,* 1998a, *28*, 365-380.

VIRKKUNEN M., GOLDMAN D., NIELSEN D.A., LINNOILA M. : Low brain serotonin turnover rate (low CSF 5-HIAA) and impulsive violence. *J. Psychiatry Neurosc., 1995, 20*, 271-275.

WALKER J.L. et coll. : Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children : I. Relations to social impairment. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1991, *30*, 187-191.

WANG Q., TING W.L., YANG H., WONG P.T.H. : High doses of simvastatin upregulate dopamine D1 and D2 receptor expression in the rat prefrontal cortex : possible involvement of endothelial nitric oxide synthase. *Br. J. Pharmacol.,* 2005, *144*, 933-939.

WELNIARZ B. : Évolution des comportements violents chez l'enfant entre trios et six ans. *Perspect. Psychiatr.,* 2001, *40* (3), 172-181.

WOZNIAK J. et coll. : The clinical characteristics of unipolar vs. bipolar major depression in ADHD youth. *J. Affect Disord*., 2004, 82S, S59-S69.

13 | DÉPENDANCES

Aujourd'hui, le concept de dépendance regroupe des conduites dont la nature addictive semble manifeste malgré la possibilité de l'absence d'usage d'un produit extérieur (alcool, drogue, tabac). On considère qu'il existe des addictions avec ou sans drogue (troubles du comportement alimentaire, conduites à risque, dépendance comportementale comme par exemple la kleptomanie).

Les conduites de dépendance sont également considérées comme transnosographiques car elles surviennent dans des troubles et sur des personnalités diverses. Comme le souligne M. Corcos et coll. (2003) : « Il faut appréhender ces conduites en tant qu'expression d'une vulnérabilité de certains sujets, vulnérabilité générée par de multiples déterminants biopsychosociaux qui peut les conduire à adopter ces conduites addictives aux effets pathogènes. Ces conduites s'auto-renforçant et réorganisant l'ensemble de la personnalité autour d'elles, on parlera alors de pathologie véritable lorsque ces sujets seront enfermés dans la répétition de ces comportements d'addiction dans certaines conditions affectives et relationnelles ». Il n'empêche que trois dimensions psychopathologiques semblent particulièrement associées aux conduites de dépendances : l'alexithymie, la dépressivité et la recherche de sensations (pour cette dernière, ceci est surtout vrai pour les dépendances liées à l'utilisation d'un produit). De même, deux facteurs de vulnérabilité semblent retrouvés : les avatars de la constitution d'un attachement insécure dans l'enfance (en particulier par l'évaluation de l'angoisse de séparation) et surtout le phénomène de vulnérabilisation dépressive qui permet de mettre en évidence l'existence d'une trace d'expérience dépressive passée sans qu'il y ait d'objectivation d'une dépression actuelle.

Il y a donc une nécessaire discrimination à faire entre les troubles psychiatriques primaires favorisant l'addiction et les nombreux troubles psychiatriques secondaires aux effets de l'addiction (troubles anxieux, dépressifs, psychotiques, co-addictions).

En ce qui concerne les dépendances avec drogues, il faut bien sûr prendre en compte la spécificité des toxiques mis en cause et l'effet de la chronicisation de la conduite, car ils sont incontestablement en eux-mêmes des facteurs dépressogènes et de déséquilibre parfois profonds de la personnalité du fait des désordres psychologiques et biologiques secondaires et des conséquences psychosociales (marginalisation).

Les conduites de dépendance apparaissent avec prédilection à l'adolescence : alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, troubles des conduites alimentaires, etc. L'adolescence constitue une évolution spécifique de la problématique de la dépendance (D. Marcelli, 1994). Deux conceptions sous-tendent, de nos jours, la question des « dépendances » à l'adolescence. La première repose sur le constat et la compréhension des comportements addictifs par le développement d'un syndrome psychophysiologique de dépendance. La seconde considère que toute la pathologie de cet âge, et tout particulièrement les troubles du comportement (quels qu'ils soient), peut être envisagée comme un aménagement de la dépendance psychique, spécifique à cette période de la vie.

En pratique trois chemins bien différents sont rencontrés. Le premier correspond typiquement aux jeunes adolescents, collégiens, consommateurs épisodiques mais excessifs d'alcool, de drogue ou même d'aliments généralement sucrés ou excitants (caféine, Coca-Cola, etc.). Leurs conduites ne les excluent pas du groupe des pairs, bien au contraire, même de ceux qui ne manifestent pas d'attitudes de ce type. Leurs parents ne prêtent pas une attention particulière à leur dépendance, qui néanmoins existe déjà, ou sont inquiets de difficultés autres, en particulier d'un fléchissement ou d'une rupture scolaire récente.

Le second chemin correspond aux années du lycée avec lequel les jeunes de ce groupe gardent un contact parfois à peu près régulier, souvent désorganisé. La dépendance est cependant déjà manifeste et se traduit par un hyperinvestissement de toute une série de comportements marqués par leur caractère répétitif et apparemment sans retenue possible. L'échange avec ces adolescents est difficile, ils sont opposants, parfois violents dès qu'on remet en cause leurs conduites. Leur vie sociale est souvent centrée autour de cet hyperinvestissement les amenant peu à peu à ne plus rencontrer que des jeunes dans la même situation. Les relations avec leurs parents sont répétitivement au bord de la rupture de la part des uns et des autres.

Le troisième chemin est tout à fait différent. Il correspond aux adolescents plus âgés qui soit après l'étape ou les étapes précédemment décrites, soit directement s'engagent dans une marginalité où le poids de la dépendance psychique à l'égard de leur addiction est massive et quotidienne. Ils ne fréquentent plus que des jeunes inscrits dans la même trajectoire. Leurs parents sont dépassés par ce qui se passe et ne savent plus comment faire face.

Nous allons aborder plus en profondeur ces différentes trajectoires.

CLINIQUE

LES CONDUITES ADDICTIVES

Les conduites addictives étaient initialement limitées à la consommation d'une substance exogène. De nos jours, certains caractères cliniques comportementaux semblent communs à un ensemble de conduites élargissant la notion de conduites addictives. Cinq éléments essentiels, caractéristiques de ces conduites, ont été décrits par plusieurs auteurs (J. Oxford, 1978 ; J.P. Schneider, 1991) :

– une compulsion à s'engager dans le comportement, c'est-à-dire une perte de la capacité de plaisir ;

– maintien du comportement malgré ses conséquences négatives ;

– une obsession concernant le comportement ;

– une culpabilité au décours ;

– une présence de symptôme de sevrage psychologique et/ou physiologique lors de l'arrêt brutal.

Cette notion de « conduite addictive » s'est ainsi progressivement substituée au terme de pharmacodépendance (définie comme « l'état de dépendance psychique ou physique, ou les deux à la fois, vis-à-vis d'un produit, et s'établissant chez un sujet à la suite de l'utilisation périodique ou continue de ce produit » OMS, 1965) qui s'était lui-même substitué aux classiques notions d'accoutumance (désir de renouveler la consommation de drogue), de tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets), et d'assuétude (troubles désagréables et dangereux en cas de suppression de drogue).

Déjà dans les années 80, J. Bergeret avait considéré que la pratique clinique et psychanalytique nous apprenait l'existence de comportement de dépendance tout à fait semblables aux toxicomanies du point de vue de l'économie relationnelle profonde bien que ces comportements ne mettent pas en jeu un produit chimique.

En revanche, la notion d'escalade, même si on en élimine les facteurs liés aux produits, n'apparaît plus aussi clairement dans cette approche plus centrée sur la notion de « conduite addictive ». Rappelons les caractéristiques de cette escalade en y incluant celles liées aux produits :

– escalade dans la tendance aux passages à l'acte ;

– escalade dans l'utilisation successive des produits et des associations chez un même sujet ;

– escalade dans l'utilisation quantitative d'un produit chez un sujet ;

– escalade d'un fonctionnement relationnel vers un fonctionnement de plus en plus tourné sur soi.

La notion de dépendance, ainsi élargie et affranchie de celle de pharmacodépendance, se voit actuellement étendue à des comportements dont la nature addictive semble manifeste, malgré l'absence d'usage d'un produit toxique. Ces « addictions sans drogue » regroupent donc les comportements alimentaires, qu'ils soient anorexiques ou boulimiques, les achats compulsifs, le jeu pathologique, les addictions sexuelles, certains aspects de l'addiction au travail, et même, pour certains, l'ensemble des « conduites à risque ».

ADOLESCENCE ET DÉPENDANCE

Étendant encore cette notion, certains affirment que c'est toute la pathologie de l'adolescence, et tout particulièrement les troubles du comportement, qui peut être envisagée comme aménagement de la dépendance (P. Jeammet, 1993). L'adolescent tentera, dans l'ensemble de ces situations, de mettre en place un processus dans lequel il substitue à une relation affective, vécue comme une menace potentielle pour son autonomie, une relation d'emprise sur un « objet » (au sens psychanalytique) qui prend une fonction substitutive de cette relation affective intolérable. Toutefois l'adolescent y retrouve une nouvelle dépendance qui se nourrit de la non-satisfaction de son véritable besoin affectif en un cercle vicieux d'autorenforcement.

Ceci amène à analyser les troubles qui surgissent à cette période de la vie sous l'angle de l'expression d'une division du sujet avec lui-même : il va rejeter une part de lui, vécue comme une aliénation possible et pénible à ses « objets » d'investissement, en même temps que cette conduite de rejet contribue à lui permettre de s'affirmer en une identité négative qui ne doit rien à cet objet.

Ce point de vue peut être argumenté au moins de deux façons : d'une part, qu'est-ce qui fait qu'un adolescent choisi tel comportement plutôt que tel autre, telle conduite addictive plutôt que telle autre? D'autre part, où est l'histoire du sujet dans un modèle qui semble privilégier à l'excès la dynamique actuelle de l'adolescence.

LES TYPES DE CONSOMMATION

De nos jours, et pour tous les âges de la vie, on tend à distinguer quatre types de consommations : l'usage, l'usage à risque, l'abus et la dépendance. Les deux derniers font l'objet de définitions critérisées dans les principales classifications, CIM et DSM (voir tableaux 13-I et 13 II).

L'usage caractérise une consommation modérée, hédonique, festive sur laquelle le sujet garde le contrôle. Très lié aux conditions sociales et culturelles, l'usage ne concerne pas le médecin et appartient à l'espace de liberté

TABLEAU 13-I. – *Abus de substances psycho-asctives DSM-IV, 1994*
(*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 1996).

Abus de substances psycho-actives DSM-IV (1994)
A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.
1 – **Utilisation répétée** d'une substance conduisant à l'**incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison** (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
2 - **Utilisation répétée** d'une substance **dans des situations où cela peut être physiquement dangereux** (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).
3 – **Problèmes judiciaires** répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
4 – **Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux**, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).
B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

individuelle. Cette consommation est réputée n'entraîner aucun dommage physique ou psychique pour le sujet consommateur.

L'usage à risque est une catégorie qui commence à s'imposer pour décrire des sujets qui, sans être déjà inscrits dans une consommation abusive ou dépendante, présentent cependant des caractéristiques, traits de comportements ou des circonstances de consommation qui contiennent déjà un risque pour le consommateur, risque immédiat ou potentiel. La notion d'usage à risque prend en considération à la fois les caractéristiques du consommateurs (par exemple, enfant ou adolescent, femme enceinte, malade chronique porteur d'une maladie sensible telle que l'asthme pour le tabac ou le haschich), les conditions de la consommation (conduite en état d'ivresse, consommation sur les lieux interdits ou pendant le travail), les quantités consommées (selon le sexe et le produit incriminé), la manière de consommer (recherche systématique d'ivresse, de « défonce »), la nature des produits (certains produits sont considérés comme « à risque » dès l'expérimentation, par exemple l'héroïne. Mais de ce point de vue, la première cigarette de tabac est déjà une consommation à risque puisque le cancer du poumon s'exprime par un risque cumulatif, la première cigarette comptant de la même façon que la dernière dans le total !), leur association… Cette notion d'usage à risque est donc complexe, non univoque, varie selon les produits et les caractéristiques du consommateur lui-même. Mais elle appa-

TABLEAU 13-II. – *Dépendance DSM-IV, 1994*
(*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 1996).

Dépendance DSM-IV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur le même période de 12 mois :
(1) Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
(a) besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
(b) effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
(2) Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
(a) syndrome de sevrage caratéristique de la substance ;
(b) la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
(3) La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
(4) Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contôler l'utilisation d'une substance.
(5) Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
(6) D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
(7) L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

raît comme une étape indispensable dans l'évaluation tant des stratégies de prévention que des attitudes de soin auprès des individus. Par son potentiel néfaste en termes de santé physique comme psychique, la consommation à risque doit interpeller le médecin, celui de santé publique comme celui qui rencontre l'adolescent dans son cabinet.

De ce point de vue, toutes les enquêtes s'accordent sur le fait que la précocité de consommation représente un des facteur de risque les plus significatifs et les plus puissant en terme de prédiction d'une futur consommation abusive ou dépendante. Ainsi, concernant l'alcool, D.J. Dewitt et coll. (2000) ont bien montré que dix ans après le début de la consommation :

– parmi ceux qui ont commencé à boire régulièrement à 11 ou 12 ans : 13,5 % des sujets présentent une consommation abusive et 15,9 % répondent aux critères de la dépendance ;

– parmi ceux qui ont commencé à boire régulièrement à 13 et 14 ans, les pourcentages sont respectivement de 13,7 % et de 9 % (la différence est significative pour ce dernier) ;

– parmi ceux qui ont commencé à boire à 19 ans ou plus, on retrouve respectivement dix ans plus tard, 2 % de consommateurs abusifs et 0 % de consommateurs dépendants, valeurs très significativement différentes.

Commencer à boire régulièrement dès l'âge de 11 à 14 ans peut être considéré comme une consommation à risque, même si les quantités restent modérées et qu'il n'y a encore à ce stade aucun dommage apparent pour la santé.

Il en va de même pour le tabac : les enquêtes de M. Choquet ont bien montré que la consommation régulière de tabac dès l'âge de 12-13 ans représente un facteur de risque majeur pour l'initiation ultérieure d'autre consommation, en particulier de produits illégaux. Selon la méta-analyse de H.M. Belcher et H.E. Shinitzky (H.M. Belcher, H.E. Shinitzky, 1998) un jeune adolescent qui fume du tabac ou boit régulièrement de l'alcool présente un risque de consommer ultérieurement du haschich 65 fois plus élevé que le jeune non consommateur. Et si ce même jeune fume aussi du haschich, le risque qu'il consomme ultérieurement de la cocaïne sera 104 fois plus élevé.

Ainsi, lorsqu'un jeune adolescent consomme régulièrement des produits, et ce dès le début de l'adolescence, cette consommation doit être considérée comme une consommation à risque, quel que soit le produit utilisé. Toutefois, le mode de vie des adolescents, la pression des pairs et leur rôle toujours important dans l'initiation comme dans la poursuite d'une consommation, les effets de mode importants à cet âge, la place de la convivialité et de la vie festive, le besoin d'expérimentation et de découverte propre à cet âge, tous ces paramètres nous ont conduit à proposer une différenciation sur des critères prenant en compte les particularités du cadre habituel de vie à l'adolescence.

La consommation conviviale et récréative

Dans cette consommation, c'est l'effet euphorisant du produit qui est recherché. Elle se fait en petit groupe de copains, jamais seul, le plus souvent en fin de semaine, pendant les vacances ou les fêtes. Signalons la mode récente des *rave party* au cours desquelles l'utilisation, en particulier d'*ectasy*, est connue. Le cursus scolaire (scolarité standard ou apprentissage) est maintenu, l'adolescent conservant non seulement son activité scolaire mais aussi les autres investissements sportifs, culturels, sociaux. Toutefois, le fléchissement scolaire (voir chap. 17 p. 482) est habituel.

Dans ce type de consommation, on ne retrouve pas nécessairement de facteurs de risques familiaux et les facteurs de risques individuels sont en général absents.

La consommation autothérapeutique

C'est l'effet anxiolytique du produit qui est recherché (« être cool, être bien »). Cette consommation est souvent solitaire, plus régulière en particulier le soir dans la chambre. Toutefois, cette consommation solitaire peut alterner avec des moments de consommation en groupe. Au plan de la scola-

rité, on constate en général que les premiers signes d'un décrochage (redoublements successifs, triplement de classe) et/ou d'un échec scolaires se constituent. De même l'adolescent s'éloigne souvent de ses activités habituelles (sportives, culturelles) pratiquées de façon plus irrégulière. Sa vie sociale est plutôt pauvre avec un isolement relatif.

Les facteurs de risques familiaux (voir ci-dessous) ne sont pas nécessairement présents. En revanche, on retrouve souvent des facteurs de risques individuels actuels ou anciens. Parmi ces facteurs de risques individuels, nous signalerons la fréquence des troubles du sommeil (difficultés importantes d'endormissement, cauchemars, etc.), troubles existant au moment de l'adolescence mais retrouvés aussi dans la petite enfance. On observe également des troubles anxieux (voir chap. 8) et/ou dépressifs (voir chap. 9).

La consommation toxicomaniaque

Dans cette dernière consommation, c'est l'effet anesthésie-défonce qui est recherché (la défonce : être comateux, etc.). La consommation est à la fois solitaire et en groupe, régulière, quasi quotidienne. L'exclusion de la scolarité et des circuits de socialisation (apprentissage) est constante avec des comportements fréquents de rupture (changement incessant d'établissement, d'orientation, échecs répétés aboutissant à l'exclusion).

Au plan social, l'adolescent n'a de relations qu'avec d'autres jeunes en situation marginale et/ou de rupture. Il est fréquent et même habituel de retrouver des facteurs de risques familiaux (mésentente parentale chronique, ou au contraire atmosphère étouffante et hyper-rigide, alliance pathologique entre personnes de générations différentes : un parent avec son adolescent ligués contre l'autre parent, difficultés socio-économiques majeures, laxisme et indifférence des parents).

On retrouve également des facteurs de risques individuels (voir consommations autothérapeutiques) mais ceux-ci sont souvent masqués par la massivité de la consommation toxicomaniaque (il est par exemple difficile de retrouver les troubles du sommeil dans la mesure où le rythme social habituel est totalement perturbé).

Les échelles d'évaluation : la passation d'échelles d'évaluation de la consommation sous forme d'auto- ou d'hétéro-questionnaire peut représenter un temps utile dans l'entretien avec un adolescent consommateur, à condition que celui-ci se déroule dans un climat de confiance, au sein d'une alliance de soin entre le jeune consommateur et l'adulte, médecin, infirmier ou éducateur. Il conviendra aussi de pouvoir discuter des résultats avec ce jeune, aborder son niveau de consommation, d'abus ou de dépendance, tel qu'il est évalué par cette échelle. Dans ces conditions, la passation de ce genre d'échelle semble parfois être perçue par le jeune comme une mesure objective de sa consomma-

TABLEAU 13-III. — *Principales caractéristiques des types de consommation à l'adolescence.*

	Consommation		
	Conviviale	*Autothérapeutique*	*Toxicomaniaque*
Effet recherché	Euphorisant	Anxiolytique	Anesthésiant
Mode social de consommation	En groupe	Solitaire +++ (en groupe)	Solitaire et groupe
Scolarité	Cursus scolaire habituel	Décrochage scolaire Rupture	Exclusion scolaire
Activités sociales	Conservées	Limitées	Marginalisation
Facteurs de risques familiaux	Absents	Absents	Présents
Facteurs de risques individuels	Absents	Présents	Présents

tion, contrairement au regard du clinicien toujours vécu comme une menace de jugement moral. Cela est d'autant plus important qu'en terme de motivation spontanée à arrêter sa consommation, la majorité des adolescents consommateurs pensent qu'ils continueront à consommer dans l'année suivante (I. Sutherland, J.P. Shepherd, 2002 : chez des adolescents de 11 à 16 ans, pensent qu'ils continueront à consommer dans l'année suivante, pour l'alcool : 83 % ; pour le tabac : 73 % ; pour les produits illicites : 63 %), ce qui illustre les difficultés de l'abord thérapeutique : connaître correctement son niveau de consommation et son éventuel état de dépendance représente souvent la première étape sur le long chemin d'une prise de conscience des conséquences de la consommation puis de décision à l'arrêt.

Il existe à la fois des échelles de consommation globale pour l'ensemble des produits utilisables (par exemple : RISQ) et des échelles spécifiques d'un produit (par exemple : Fayerström, deta-cage, etc.). Même si peu d'entre elles ont été validées lors de leur traduction en français, il est utile de les connaître et d'en disposer à un moment propice de l'évaluation (on trouvera dans le rapport Raynaud : *Usage nocif de substances psychoactives*, la majorité de ces instruments cliniques).

LES APPROCHES EXPLICATIVES

Des modèles psychopathologiques, d'inspirations diverses, proposent des approches globales de ces comportements de dépendance.

APPROCHES BIOLOGIQUES COMMUNES AUX ADDICTIONS

Il serait sûrement difficile et aventureux de tenter de résumer les nombreux travaux consacrés à l'étude des bases neurobiochimiques des comportements addictifs. La plupart des neuromédiateurs connus semblent impliqués à des titres et des moments divers de l'évolution dans leur déterminisme. Une hyperactivité dopaminergique jouerait un rôle déclencheur important dans les comportements d'appétence pour les drogues, en particulier chez l'animal. On sait également que la sérotonine pourrait être impliquée dans la boulimie, le jeu, l'alcoolisme ou la toxicomanie par l'intermédiaire du rôle qu'elle joue dans l'impulsivité et le mauvais contrôle comportemental. De même, la transmission noradrénergique serait impliquée dans le jeu pathologique et dans la dépendance alcoolique. Nous sommes ici en pleine voie de recherche, qui ira en se développant, et dont chacun devra s'informer sans pour autant réduire l'explication des conduites de dépendance aux seuls facteurs biologiques.

LA RECHERCHE DE SENSATIONS

Les premières études concernant le comportement de « recherche de sensations » ont défini celui-ci comme « le besoin de sensations et d'expériences variées, nouvelles et complexes » (M. Zuckerman, 1972). Ce besoin de recherche de sensations, plus fort chez certains sujets que chez d'autres, pourrait représenter un trait biopsychocomportemental commun à l'ensemble des pathologies addictives. Plusieurs travaux ont permis de constater l'intensité de cette dimension « recherche de sensations » dans l'ensemble des comportements addictifs et des sujets présentant plus généralement des conduites à risque. L'analyse factorielle de cette échelle retrouve avec constance quatre facteurs :

– un facteur intitulé : « recherche de danger et d'aventure » ;
– un facteur « recherche d'expérience » ;
– un facteur « désinhibition » ;
– un facteur « susceptibilité à l'ennui » ;
– et un facteur général.

L'échelle de recherche de sensation permet globalement de distinguer les sujets dits « High Sensation Seeker » et les sujets dits « Low Sensation Seeker ».

Cette dimension générale jette incontestablement un pont entre l'ensemble des comportements addictifs puisque des données documentées permettent de considérer comme des sujets « HSS » les toxicomanes, les alcooliques dépendants et/ou consommateurs abusifs d'alcool, les tabagiques, les joueurs pathologiques, et peut-être même les suicidants répétitifs, les addictions sexuelles et les achats pathologiques (que l'on rencontre chez certains adolescents).

Approche cognitive. — La description d'un « cycle de l'assuétude » a fait l'objet de développement et d'affinements multiples concernant notamment la distorsion cognitive des « attentes » chez les sujets dépendants. Le cycle de l'assuétude serait parcouru par le sujet dépendant par le fait qu'il trouverait initialement, dans la consommation du toxique ou l'accomplissement d'un comportement répétitif, une gratification rapide et à court terme dont il aurait la représentation prédictive de l'effet. La satisfaction substitutive obtenue, dotée d'un « pouvoir renforçateur immédiat », conduirait à l'habitude dont l'effet à moyen terme est l'accentuation du sentiment d'incompétence du fait de la succession des réponses « de fuite ». Le cognitif et le comportemental aboutiraient ainsi au renforcement de l'habitude.

APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE GÉNÉRALE

En ce domaine, les théories semblent nombreuses mais aucune ne peut répondre à toutes les questions que l'observation clinique suscite. Aucune en effet ne peut prétendre expliquer de façon exhaustive l'ensemble des mécanismes préconscients et inconscients qui sous-tendent la dépendance ou les dépendances. Afin de rendre compte de façon globale des modèles proposés, nous nous limiterons, comme le fait G. Darcourt (1994), en les présentant en trois grandes rubriques, d'autant que ces rubriques permettent de mieux comprendre en quoi le processus d'adolescence dans son ensemble (*cf.* chap. 1) renvoie aux mêmes questions. L'excitation érotique, le narcissisme et l'apaisement des tensions sont en elles-mêmes des questions clés de l'adolescence. On comprend alors mieux en quoi cette période de la vie offre une scène psychique vulnérable aux addictions. Reprenons ce que G. Darcourt présente comme « modèles » de compréhension psychodynamique de la dépendance :

– Tout d'abord le modèle du plaisir lié à l'excitation érotique. On peut en effet facilement envisager que la recherche d'un plaisir érotique soit le mécanisme qui entraîne la dépendance. Ceci nécessite cependant d'envisager alors un fonctionnement de qualité perverse dans lequel le masochisme occuperait sans doute une place importante. La jouissance dans la douleur et par la douleur, c'est-à-dire la prévalence de l'économie masochiste est en effet une dimension fréquemment évoquée par les psychanalystes dans la théorisation des cures psychanalytiques du sujet dépendant. Évidemment les conséquences de cette jouissance sont variables. Il peut s'agir d'atteintes somatiques directement ou indirectement liées aux conduites de dépendance (boulimie, anorexie, toxicomanie, alcoolisme). Il peut également s'agir d'une recherche d'excitation anxieuse douloureuse, comme par exemple dans le jeu pathologique ou chez certains alcooliques.

– Le deuxième modèle est celui du narcissisme. Pour rendre peut-être le mieux compte de ce modèle, le concept de Soi-objet semble particulièrement

bien adapté à la compréhension de la relation du sujet dépendant à son produit ou à sa conduite. Le concept de Soi-objet présenté par Kohut n'est pas à détacher totalement du concept de Soi-grandiose qui, lui aussi, semble pouvoir expliquer un certain nombre de conduites dans leur mécanisme sous-jacent. Le concept de Soi-grandiose et de Soi-objet permet sans doute de comprendre que le sujet dépendant a besoin d'un objet non pour ses qualités, qu'il pourrait alors remplacer par un autre, mais il en a besoin en soi, totalement, en en parlant peu, car il le mentalise mal, alors qu'il lui est absolument nécessaire.

– Le troisième modèle est celui de l'apaisement des tensions. Ce modèle explique sans doute un élément prévalent chez certains sujets, en particulier ceux chez lesquels l'impulsivité, l'instabilité, l'intolérance à la frustration ou des manifestations « limites », c'est-à-dire une carence des mécanismes de défense contre l'angoisse, une crudité des fantasmes entraînent une tension difficile à apaiser et parfois même intolérable. Cette tension très importante ou même inapaisable, sinon à titre transitoire, trouve dans la conduite addictive un moyen que le sujet ne peut trouver en lui-même. L'expression de « peur du manque du manque » employée par plusieurs auteurs, dont Olievenstein, convient pour en repérer la dynamique.

Tels quels, ces trois modèles ainsi résumés sont bien sûr excessivement réducteurs. Ils ne peuvent expliquer toute l'économie psychique de la dépendance. Ils indiquent seulement des possibilités de compréhension et une théorisation à remanier dans la rencontre avec chaque histoire individuelle.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Nous ne reprendrons dans ce chapitre que les données concernant l'usage des produits psychoactifs, les autres conduites addictives, alimentaires ou autres étant traitées dans les chapitres qui leur sont spécifiquement consacrés. Nous nous appuierons essentiellement sur les données issues de l'enquête menée en 1988 auprès d'un échantillon représentatif scolarisé de 3 288 jeunes Français (M. Choquet, S. Ledoux, 1988).

TABAC

Pour les 11-19 ans, un tiers fume et parmi ceux-ci un tiers fume irrégulièrement, un tiers fume régulièrement moins de dix cigarettes par jour, et un tiers fume au moins deux paquets par jour.

Entre 13 et 18 ans, le tabagisme s'accroît très sensiblement et est multiplié par sept.

Les occasions les plus propices pour fumer sont les rencontres avec les pairs. Notons, en ce qui concerne le tabagisme, que la composante dépressive n'est pas à sous-estimer car 53 % des adolescents disent fumer lors de moments de solitude et 60 % lorsqu'ils ont le cafard.

ALCOOL

Parmi les 11-19 ans, la proportion d'adolescents qui boit au moins deux fois par semaine n'atteint pas 10 %, par contre l'ivresse est une expérience vécue par près de 40 % des adolescents (45 % des garçons et 33 % des filles). La proportion de jeunes qui a connu au moins dix ivresses est de 8 % (13 % des garçons, 3 % des filles).

Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, la « situation dépressive » influe peu sur cette consommation : seulement 11 % des adolescents affirment boire plus volontiers quand ils ont le cafard et 6 % quand ils se sentent seuls.

MÉDICAMENTS CONTRE LA NERVOSITÉ ET L'INSOMNIE

Un adolescent sur cinq a pris, au cours des douze mois précédant l'enquête, des médicaments contre la nervosité et/ou l'insomnie sur prescription médicale et/ou en automédication. Cette consommation est plus importante, comme des études antérieures ou des études internationales le montrent, pour les filles (28 %) que pour les garçons (14 %).

DROGUES ILLICITES

Parmi celles-ci le haschisch est évidemment le produit le plus consommé : 6 % des jeunes interrogés dans cette enquête de l'INSERM en ont déjà pris. Il n'y a, en ce qui concerne cette consommation étudiée d'un point de vue globale, pas de différence entre les sexes. La proportion de consommateurs s'élève à 13 % parmi les plus âgés.

Les produits à inhaler viennent en deuxième position. Sur l'ensemble des âges concernés par cette enquête, 4 % les ont utilisés.

La prise d'amphétamines ou de médicaments pour se droguer s'élève à 5 % des 18 ans et plus (un peu plus de 5 % pour les médicaments dans le but de se droguer, et 4 % pour les amphétamines).

Quant à l'usage de l'héroïne et de la cocaïne, il reste limité dans cette population. Parmi les 18 ans, 1 % ont expérimenté l'héroïne et 0,7 % la cocaïne.

Au total, près de 10 % des adolescents ont, entre 11 et 19 ans, expérimenté une drogue illicite dont la consommation régulière (au moins dix fois durant

la vie jusque-là) concerne 3 % d'entre eux. Les chiffres semblent inférieurs à ce que certains pensent ou à ce que d'autres études, avec d'autres méthodologies, ont parfois montré.

Outre l'augmentation avec l'âge, l'utilisation abusive est moins importante au collège qu'au lycée et chez les enfants d'ouvriers et agriculteurs que chez ceux de cadres ou de professions intermédiaires.

PRÉCOCITÉ ET CUMUL DES PRODUITS

L'âge moyen de l'initiation (premier contact) est de 13 ans pour l'alcool, de 14 ans pour le tabac et de 15 ans pour le haschich. La consommation dite « régulière » (plus de dix fois, ou presque tous les jours pour le tabac, presque toutes les semaines pour l'alcool ou le haschich) survient en moyenne 12 à 18 mois après l'initiation. Une initiation ou un usage régulier à un âge encore plus précoce que ces moyennes doit être considéré comme un facteur de haut risque. Quant au cumul, la prise de plusieurs produits concerne plus de 50 % des jeunes à partir de 17 ans, avec par ordre croissant : l'alcool, le tabac, les tranquillisants et les hypnotiques. Les cumuls les plus fréquents sont, par ordre décroissant : tabac-alcool, tabac-haschich, tabac-alcool-haschich. À 17 ans, 76 % des filles et 75 % des garçons ont expérimenté au moins deux de ces produits, la poly-consommation augmentant avec l'âge.

Entre 15 et 18 ans, la proportion des adolescents ayant une consommation régulière de plusieurs produits peut aller jusqu'à 27 %.

En conclusion de ces données, il faut souligner avec les auteurs de cette enquête que :

– l'usage régulier d'un psychotrope est rare avant quinze ans mais qu'il se banalise dès 16-17 ans ;

– la consommation régulière d'un produit va de pair avec d'autres troubles (troubles du comportement, plaintes somatiques et troubles de l'humeur), et cette liaison est quasi linéaire ;

– il convient de ne pas confondre tous les niveaux de la consommation : la prévention doit essentiellement porter sur la chronocisation des consommations et/ou surtout le cumul (voir chap. 4).

Ces données françaises peuvent être comparées aux données internationales. À titre d'exemple nous citerons l'étude américaine publiée en 1990, par l'Institut national, sur l'abus des drogues aux États-Unis : 19 % des « *High school seniors* » déclaraient fumer quotidiennement des cigarettes, 4 % boire quotidiennement de l'alcool et 3 % utilisent quotidiennement de la marijuana. Plus de 90 % avaient pris de l'alcool à un moment de leur vie, 44 % de la marijuana et 10 % de la cocaïne. Un peu plus de la moitié avait essayé au moins une fois une drogue illicite (C.D. Johnston, P.M. O'Malley, J.G. Bachman, 1990).

PARTICULARITÉS SELON LES PRODUITS

Question essentielle pour ce qui concerne la prévention, existe-t-il des particularités selon les produits? Nous parlons ici des particularités liées au profil de personnalité des adolescents, au contexte social et économique et non pas de l'effet ou de la toxicité propre à un produit précis. En effet, les campagnes de prévention se sont initialement organisées, dans les années 1960-1970, en direction d'un produit précis, alcool, tabac, produits illégaux, etc. Cela s'expliquait essentiellement par des motifs organisationnels et administratifs : les crédits étaient «ciblés» sur un produit et attribués à une agence ou une association de lutte (contre le tabac, contre l'alcool, contre la toxicomanie, etc.) bien définie, chacune ayant son «territoire» d'activité, pour ne pas dire sa population captive (ou son fond de commerce!). Devant la fréquence d'une part des cumuls de consommations, d'autre part des consommations croisées (passage de la consommation d'un produit à celle d'un autre, en particulier après le sevrage au premier produit), force a été de reconnaître que la prévention ciblée sur un seul produit conduisait à une impasse, surtout chez l'adolescent. Dans les années 1980, le concept d'une prévention globale s'est imposée ainsi que celui d'une non spécificité quant aux facteurs psychologiques conduisant à une consommation abusive, même si au plan administratif les choses évoluèrent plus lentement. Cette idée d'une prévention globale, centrée sur les traits de personnalité a peut-être fait oublier des facteurs sociologiques ou économiques qui peuvent apparaître comme plus spécifiques d'un produit ou d'un autre. Ainsi, S. Legleye et coll. (2002) comparent des adolescents de 17 ans, fumeurs «exclusifs» de haschich (avec parfois une consommation de tabac associée), les adolescents du même âge buveurs d'alcool «exclusifs» (avec parfois une consommation de tabac associée), enfin ceux qui cumulent haschich et alcool (plus tabac la plupart du temps). Pour ces auteurs, les caractéristiques socio-économiques de ces trois groupes sont différentes : les buveurs exclusifs sont plus souvent inscrits en filière professionnelle, filière courte et peu prestigieuse; ils pratiquent plus souvent un sport principalement collectif (rugby par exemple), ont plus souvent un comportement violent tel que des bagarres. À l'opposé, les fumeurs exclusifs bien que plus souvent inscrits en filière longue rencontrent plus souvent des difficultés scolaires telles que redoublements, sont plus souvent victimes de violences (agressions, insultes) ou de prédations (vol, racket); ils expérimentent aussi plus souvent les autres produits illicites (LSD, ecstasy, opiacés, etc.) que les buveurs quasi exclusifs mais un peu moins souvent que ceux qui cumulent consommation régulière d'alcool et de haschich… Des profils socio-économiques, des parcours scolaires, des relations familiales assez différentes selon la consommation prévalante de produit semblent ainsi se dessiner. Au total, si l'adolescence apparaît bien comme l'âge privilégié de l'expérimentation d'un produit (voir le paragraphe suivant) et comme l'âge de la confrontation à la problématique de la dépen-

dance (voir ci-après), si incontestablement la fréquence des cumuls et des consommations croisées doit inciter à une prévention globale, il ne faudrait pas pour autant nier toute dimension particulière à une consommation surtout si celle-ci se centre très tôt et de façon exclusive sur un seul produit.

LA TOXICOMANIE

L'utilisation abusive des drogues est devenue une conduite souvent rencontrée chez l'adolescent au cours de ces deux dernières décennies : l'extension à cette tranche d'âge est d'apparition relativement récente. Débutant avec le mouvement hippy dans les années 60, cette extension est indissociable d'un contexte sociologique contemporain. Le phénomène de la drogue n'en est pas moins de nos jours un monde compliqué qu'il est difficile de ramener à quelques idées simples.

– Tout d'abord ce phénomène n'est pas récent : Virgile dans les Géorgiques cite déjà les « pavots imprégnés du sommeil de Léthé ». De nos jours les nouveautés dans l'utilisation abusive des drogues sont de trois ordres :

1) l'utilisation de nouvelles drogues (en particulier les psychodysleptiques comme le LSD mais aussi d'autres psychotropes) ;
2) de nouveaux modes d'utilisation des stupéfiants déjà connus (opiacés ou cocaïne par exemple) ;
3) un nouveau groupe d'utilisateurs : les adolescents.

– La connaissance rationnelle et objective du phénomène, y compris dans les données quantitatives issues des études épidémiologiques, représente une autre difficulté. L'évolution et les propositions successives de définition du phénomène toxicomaniaque traduisent également l'incertitude ou l'illusion d'abords globaux et définitifs.

– La mise en jeu d'éléments individuels et collectifs d'une part, biologiques, psychologiques et sociaux d'autre part, exclut enfin la possibilité d'un abord exhaustif. Nous mettrons l'accent sur certains aspects (cliniques et psychopathologiques), sans pour autant minimiser l'importance des autres approches en particulier l'approche sociologique.

LES DROGUES UTILISÉES ET LEURS EFFETS

Le cannabis. — Sommité femelle ou fructifère (chanvre indien, marie jeanne, marijuana, kif, « herbe ») ou résine extraite de la plante (chira, haschisch), le cannabis est le stupéfiant le plus utilisé. Fumé en cigarettes ou en pipes, plus rarement absorbé par la bouche, il se présente sous forme solide, plus rarement liquide. Il en existe de multiples variétés dont les effets ne sont pas équivalents.

Le principe actif est le delta 9 tétrahydroxycannabinol (delta 9THC) dont les récepteurs se trouvent dans le mésencéphale, à proximité des neurones dopaminergiques. Leur stimulation diminue la libération de GABA ce qui contribue à une légère activation dopaminergique. C'est sans doute par ce mécanisme que les récepteurs au THC interviennent sur la motivation et dans le circuit de la récompense (J.P. Tassin, 2002). L'induction d'une dépendance psychique par le cannabis a longtemps été contestée en raison probablement d'une difficulté à la mettre en évidence chez l'animal à cause d'un effet aversif paradoxal, fonction de la dose et ne s'effaçant que lentement après plusieurs administrations. La dépendance physique a été elle aussi difficile à mettre en évidence car discrète en raison d'un important stockage de substances dans les cellules lipidiques. Cette dépendance physique semble avoir été prouvée en la précipitant par l'administration d'un antagoniste des récepteurs CB1 (J. Costentin, 2002). Ainsi il faut rester prudent quant aux effets du cannabis, même si ce produit a pu être relativement « innocenté » par certains auteurs (rapport Roques). Il convient également de signaler la régulière augmentation en principe actif (THC) des produits consommées, comme l'attestent les contrôles effectués par la police nationale et les douanes. Il n'est pas rare actuellement de trouver des produits avec des concentrations en THC supérieures à 20 %.

Allant de la tranquille et subeuphorique rêverie aux rares hallucinations, les conséquences pathologiques d'une utilisation du cannabis à des doses qui restent modérées sont discutées. En revanche, l'ivresse cannabique survient pour de fortes doses de THC (300-500 microg/kg.) soit environ dix « joints », mais cela dépend bien évidemment de la concentration en produit actif et l'ivresse est beaucoup plus vite atteinte avec des produits de forte concentration. Cette « ivresse » cannabique représente une expérience psychotique transitoire, comportant une dissociation de la pensée, des convictions délirantes, des illusions et hallucinations. On a pu distinguer en fonction des principales manifestations des formes où dominent l'excitation, des formes délirantes, des formes pseudo-autistiques. Au décours de l'expérience, une vive anxiété persiste parfois conduisant le jeune à consulter. Le lien entre consommation de cannabis, surtout à forte dose, et début de schizophrénie a été discuté (voir le chapitre 11). Le cannabis est probablement, à l'adolescence, le produit pour lequel il est particulièrement important d'effectuer une évaluation soigneuse du mode de consommation : un usage convivial avec des doses modérées n'a rien de commun avec la recherche fréquente d'une ivresse cannabique associée aux divers critères de rupture, en particulier dans le cadre de difficultés psychopathologiques débutantes.

Les hallucinogènes. — Leur chef de file est le LSD dérivé semi-synthétique de l'ergométrine (alcaloïde de l'ergot de seigle). Il se présente le plus souvent en pilules (« pills ») plus rarement en solution. Les effets du LSD dépendent eux aussi de quantité de variables : doses, associations fréquentes

avec les amphétamines, qualité, ambiance, personnalité, etc. Ils se caractérisent par le « voyage » ou « trip » : modifications perceptives, vécu de dépersonnalisation, d'étrangeté, sentiment de libération bénéfique, thymie variant selon les moments. Les modifications médico-psychologiques ne sont pas rares ; les plus fréquentes sont les « bad trip » ou « mauvais voyage » : réaction d'anxiété aiguë, surtout en début ou en fin d'expérience, pouvant être à l'origine d'impulsion suicidaire ou provoquer des sentiments angoissants de persécution (« parano »), de dislocation (« schizo ») ou d'interprétation mystico-métaphysique. Une brusque réapparition, parfois des semaines après la dernière prise, peut se produire spontanément (« flash back ») ; on peut également observer des réactions psychotiques aiguës (bouffée délirante) à prédominance hallucinatoire, des états psychotiques chroniques (le plus souvent sous une forme dissociative). Signalons enfin le risque tératogène chez le fœtus qui est scientifiquement discuté et attribué peut-être à tort au LSD. La mescaline et la psylocibine sont moins utilisées dans nos pays ; leurs effets sont schématiquement semblables à ceux du LSD.

Les calmants. — Utilisés en médecine comme analgésiques, tranquillisants ou hypnotiques, les calmants sont ici employés à des doses « postthérapeutiques ». Ils s'administrent par voie orale en association assez fréquente avec l'alcool et surtout en injections pouvant produire un effet « flash » mais moindre qu'avec les excitants ; l'effet recherché est essentiellement l'oubli dans la torpeur. Les plus utilisés sont les hypnotiques. Les principaux risques sont à court terme le surdosage à l'origine d'état comateux, à long terme une tolérance croissante, des perturbations graves du sommeil et une altération importante de la personnalité. Des « démences barbituriques » ont été signalées.

Les amphétamines. — Absorbées massivement en comprimés ou en solution injectable les amphétamines provoquent des états d'hyperactivité physique et d'exaltation psychique. Par voie intraveineuse, l'effet recherché est le « flash », orgasme et explosion de tout le corps. La « descente » marquant la fin de l'état « high » d'intoxication est caractérisée par un état de fatigue intense et de tristesse allant jusqu'à un aspect mélancolique. Lors d'une consommation durable, « l'effet parano » est ici fréquemment retrouvé, disparaissant assez rapidement à l'arrêt de l'imprégnation mais pouvant constituer la porte d'entrée d'une psychose chronique grave.

Les opiacés. — L'opium, latex épaissi, extrait des capsules de pavot, se fume, se mange, s'injecte ; la morphine, poudre blanche, principal alcaloïde de l'opium s'injecte ; l'héroïne, poudre blanche, dérivé synthétique de la morphine se prise et surtout s'injecte. Si l'effet recherché peut être commun (euphorie, « lune de miel », bien-être), si le flash est là aussi retrouvé lors de

l'injection, le danger de dépendance psychique et physique est également commun avec cependant un coefficient notable de gravité pour l'héroïne, étant donné la courte durée d'action (héroïne : 2 à 3 heures, morphine : 6 à 8 heures). Ce danger entraîne un état de besoin grandissant. Le « manque » survient alors si le sujet ne peut plus se procurer sa drogue. L'« état de manque » est caractérisé par une sub-agitation anxieuse, une soif, des sueurs profuses, des vomissements, un catarrhe, une mydriase, des céphalées, des vertiges, des diarrhées et surtout des douleurs intenses le plus souvent abdominales et lombaires mais aussi cervicales, articulaires et musculaires ; une insomnie rebelle s'installe ; à un degré de plus, il peut s'agir d'un état de confusion mentale. Comme pour tous les produits utilisés par voie intraveineuse, le risque d'infection locale (abcès) ou général (hépatite, endocardite, septicémie) est notable (E. Fournier et coll., 1972).

Le principal danger des opiacés est, en fait, l'asservissement de l'utilisateur, l'amenant parfois brutalement par un surdosage ou progressivement pour des raisons et à travers des péripéties variables, à la mort. Des médications voisines sont également utilisées le plus souvent comme produit de substitution de l'héroïne par les toxicomanes eux-mêmes : élixir parégorique, les antitussifs contenant de la codéine, les analgésiques de synthèse, la méthadone.

Les autres drogues. — Les autres drogues utilisées actuellement par les toxicomanes sont nombreuses allant de la cocaïne source possible d'hallucinations et de délire à forte dose, aux solvants organiques (éther, trichloréthylène, colle de maquettes contenant du toluène) en passant par les antiparkinsoniens de synthèse.

Répétons que le tableau clinique varie, certes, selon la drogue utilisée mais surtout selon les doses utilisées et selon les associations où l'alcool sert assez souvent d'adjuvant. L'intoxication pure à l'alcool se rencontre de plus en plus chez les toxicomanes actuels. Citons cependant un point commun à tous les toxicomanes : ce sont les troubles du sommeil, en particulier les difficultés d'endormissement. Si l'effet de certaines drogues y est pour une grande part, il n'est pas si simple d'apprécier le premier maillon de la chaîne, les troubles du sommeil étant fréquemment antérieurs à l'absorption des premières drogues.

TOXICOMANIE ET DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

Les auteurs classiques distinguaient les toxicomanes impulsifs, « toxicomanes types » (proches du pôle pervers) dont l'impulsivité n'est autre que le besoin de satisfaction immédiate, et les toxicomanes compulsifs (plus près du pôle névrotique) qui luttent et jouent avec la culpabilité érotisée et le martyre qu'ils entretiennent par leur toxicomanie.

À l'heure actuelle cette opposition semble dépassée. On admet que n'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements toxicomaniaques. Dans la population générale des adolescents toxicomanes, le pourcentage de diagnostics psychiatriques varie selon les auteurs. Le problème se complique parce qu'une distinction supplémentaire doit être introduite selon les drogues utilisées et l'importance de cette utilisation.

Autre exemple : nous citerons les données de B. Rounsaville et coll., relevant le diagnostic psychiatrique portés chez 533 toxicomanes aux opiacés en traitement à la Yale University School of Medecine : les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étaient **la dépression grave** (49 % des garçons et 69 % des filles), **l'alcoolisme** (sans autre diagnostic, 37 % pour les garçons et 27 % pour les filles) et **la personnalité antisociale.** Venaient ensuite l'humeur dépressive chronique et l'anxiété. En revanche, les taux de schizophrénie (au sens anglo-saxon) et de manie étaient très bas. Malgré les difficultés citées cidessus cette étude reflète l'opinion de la majorité des auteurs : la toxicomanie se rencontre rarement dans les états névrotiques ou psychotiques structurés mais s'observe beaucoup plus fréquemment dans les états dépressifs de l'adolescence, surtout les états dépressifs sévères et chez les personnalités dites antisociales ou psychopathiques.

L'évolution et le devenir des toxicomanes sont marqués par la fréquence des tentatives de suicide et par le nombre non négligeable de morts brutales (overdose seulement) ou de morts progressives (état cachectique, hépatite virale grave, endocardite) (A. Braconnier, 1974). Cette évolution et ce devenir sont en faveur de l'importance des éléments dépressifs chez ces sujets. Il faut noter en outre l'évolution de certains polytoxicomanes lorsque la conduite toxicomaniaque s'estompe. Ces évolutions graves ne doivent cependant pas faire oublier que la toxicomanie n'est pas une conduite irréversible. Sur une étude de « *Follow up* » de 20 ans portant sur un groupe de 100 toxicomanes aux opiacés, l'évolution de 10 % d'entre eux était incertaine, 23 % étaient décédés, 35 % à 42 % selon les définitions étaient devenus abstinents, enfin 25 % continuaient à se droguer (C. Vaillant, 1973).

En définitive, quelle que soit l'évaluation, la corrélation imprécise et fluctuante entre diagnostic psychiatrique et toxicomanie montre que le repérage nosographique traditionnel ne suffit pas. Une évaluation en terme de fonctionnement mental, tendant à apprécier la structure psychopathologique sous-jacente, s'avère nécessaire.

LA PERSONNALITÉ DU TOXICOMANE

La question est ici de savoir s'il existe sur le plan structurel une « personnalité toxicomaniaque » ou plutôt une « personnalité spécifique de la situation de dépendance ». Pour y répondre nous nous référons ici aux travaux importants

et approfondis de J. Bergeret. Pour cet auteur il n'existe aucune structure d'organisation de la personnalité spécifique de la situation de dépendance mais celle-ci peut se rencontrer chez trois grands groupes d'individus :

1) Les sujets dont le mode de fonctionnement mental est placé sous le primat du génital, de l'œdipien, du névrotique chez lesquels l'attachement mal élaboré fantasmatiquement à l'objet œdipien en même temps que la déception apportée par cet objet conduisent à la dépendance d'un objet substitutif destiné à créer magiquement l'atmosphère imaginaire nécessaire au désir.

2) Les sujets dont le mode de fonctionnement est de type psychotique chez qui la dépendance évolue en général en deux temps : « un temps de dépendance-défense par le comportement contre l'évolution délirante en face des défaillances imaginaires » suivi d'un temps de dépendance « justification des aberrances comportementales liées au débordement délirant de l'imaginaire ».

3) Les sujets « entrant dans le cadre de la dépression essentielle en raison de leur anaclitisme envahissant et de leur dépendance étroite d'un objet à la fois gratifiant et rassurant », catégorie sans doute la plus vaste des sujets dépendants. Parmi ces sujets nous retrouverons sûrement beaucoup des traits caractéristiques des patients « Borderline » décrits par les auteurs anglo-saxons (*cf.* chap. 14, p. 424).

Mais J. Bergeret tente de repérer une série de facteurs qui constituent des aménagements économiques partiels indépendants des structures sous-jacentes et communs aux différentes forces structurelles d'addictions. Cet auteur décrit ainsi trois facteurs :

1) L'importance du registre comportemental qui surpasse en quantité comme en qualité d'investissement énergétique, le registre mental et le registre corporel.

2) L'essai constant de régression à l'intrication pulsionnelle primitive avec une fuite vers des investissements massifs assez indifférenciés et nullement conflictuels.

3) Enfin des difficultés identificatoires, c'est-à-dire une impossibilité du sujet à prendre la place de l'objet parental, ce qui l'amène à de simples mouvements identificatoires « latéraux » engendrant l'imitation, la sujétion ou l'influence et lui rend impossible ou constamment difficile l'intériorisation de la loi du père. La transgression du toxicomane ne se situe en effet pas tant par rapport à la loi du père que par rapport à un jeu entre la vie et la mort ou à une véritable épreuve ordalique comme l'a suggéré J.A. Charles-Nicolas.

TOXICOMANIE ET ADOLESCENCE

Comme nous l'avons dit précédemment un des éléments nouveaux des toxicomanies actuelles réside dans l'extension de ce phénomène à la classe d'âge des 15-25 ans. En dehors des facteurs sociologiques (*cf.* p. 409), comment sur le plan de la psychologie individuelle expliquer cette exten-

sion? Les motivations mises en avant à l'origine de la prise de drogues (F. Davidson et coll., 1974) constituent un premier palier de compréhension de ce nouveau lien entre adolescence et usage de drogues. Qu'y a-t-il en effet de plus courant à cet âge qu'une attitude curieuse, qu'une recherche d'évasion ou qu'un défi à la société (*cf.* tableau 13-IV)?

TABLEAU 13-IV. — *Motivations ou effets recherchés au début de la prise de drogues* (en pourcentage).

Motivations	*Au début*	*Après*
Curiosité	60,8	5,3
Recherche d'évasion	32,2	33,9
Recherche d'effets réputés	19,1	18,9
Pression du groupe	17,2	9,3
Besoin d'assurance	14,2	14,7
Défi à la société	10,3	7,7
Meilleure connaissance de soi	10,5	7,7
Recherche d'une créativité artistique	5,7	7,2
Augmentation de l'appétit sexuel	1,4	1,4
État de besoin	2,1	39,8
Autres motifs	9,5	12,4

Il ne s'agit évidemment ici que des motivations conscientes verbalisées par les sujets (F. Davidson et coll., 1974).

Plus profondément, ce qui a été dit ci-dessus à propos de la structure de la personnalité dépendante évoque aussi les points de fragilité propre au processus de l'adolescence : importance de l'agir, de la régression pulsionnelle, de la problématique identificatoire. Certains auteurs émettent même l'idée que la problématique profonde de l'adolescence et la conduite toxicomaniaque s'organisent autour de plusieurs points particuliers. J. Guillaumin en cite trois :

1) L'expérience de deuil que constitue l'adolescence amène à rechercher les « stimuli externes apporteurs de plaisir » ayant pour effet de supprimer le deuil même. Nous reviendrons sur cet aspect à propos de l'approche psychanalytique des toxicomanies.

2) Le traumatisme psychique et l'angoisse qui y est associée accompagnent la succession des phases du processus de l'adolescence. Ils induisent eux aussi « la répétition traumato-chronique, pauvre et morcellante pour le Moi de l'appel à la drogue dans le sens d'un blocage par anticipation ».

3) Enfin, l'inquiétante question de l'identité posée à l'adolescence peut être l'origine d'une quête de dédifférenciation radicale où la drogue apparaît comme un moyen de se défendre vis-à-vis d'une nouvelle individuation, d'une nouvelle naissance secrètement terrifiante.

ANTÉCÉDENTS INFANTILES

L'enfance et la préadolescence du toxicomane sont souvent marquées par des signes précurseurs : placement en dehors du domicile familial peu après la naissance, pour la moitié des sujets dans certaines études, consultations médico-psychologiques, échecs scolaires, etc. Selon une étude américaine portant sur 112 toxicomanes ayant consulté au département de Neuropsychiatrie de l'Université de New York, 69 % des héroïnomanes souffraient d'une psychose préalable et 37 % avaient été suivis pour troubles mentaux (C. Escoffier-Lambiotte, 1970). Toutefois, il ne semble pas exister un profil d'enfance spécifique de l'usager de drogues dures ou douces, bien qu'une distinction entre les utilisateurs occasionnels de drogues et les toxicomanes avérés soit possible. La reconstruction de l'enfance du toxicomane et non de l'utilisateur occasionnel permet pour certains de proposer l'hypothèse d'une vulnérabilité ou de facteurs de dérapage psychologique. Ces facteurs ne prennent toute leur valeur qu'associés à d'autres éléments biologiques, sociologiques ou anthropologiques. C. Olievenstein insiste tout particulièrement sur ce qu'il appelle le « stade du miroir brisé » : « pour le futur toxicomane, il va se passer plus ou moins quelque chose d'intermédiaire entre un stade du miroir réussi et un stade du miroir impossible… À ce moment, cette passe où doit se constituer un Moi différent du Moi fusionné-mère, tout se passe comme si simultanément existaient ce face à face avec le miroir, ce "flash" de la découverte, découverte de l'image de soi, et qu'à cet instant précis le miroir se brisait, renvoyant à la fois une image mais une image brisée et une incomplétude là même où les béances laissées par les absences du miroir ne peuvent renvoyer qu'à ce qui était antérieur : la fusion, l'indifférenciation… Le produit, le rôle du produit est de se placer là, en lieu et place de la brisure et de l'annuler à ce moment précis » (C. Olievenstein, 1982).

Pour ce même auteur, on retrouve dans l'enfance du toxicomane un autre aspect : la présence d'éléments d'excitation et de dépression ou leur équivalent dans des passages à l'acte. Il ne s'agit pas d'une vraie psychose maniaco-dépressive, du reste rare dans l'enfance, mais plutôt d'épisodes fragmentés, morcelés, ainsi que des tentatives du sujet pour les masquer. Les grandes paniques de l'endormissement au cours de l'enfance ou les passages à l'acte suicidaire dans les antécédents juvéniles du toxicomane en seront les signes. Le caractère fragmenté se rattache à la brisure du miroir citée précédemment.

Lorsque la drogue se trouve sur le chemin de cet enfant devenu adolescent, un « choc éprouvé » se produit, choc au moins aussi fort que le choc de la brisure « choc associé de la reconstitution de l'unité dans le plaisir ou plus exactement de la scansion de l'annulation de la brisure… Le toxicomane sera né ».

Plus récemment l'un d'entre nous propose l'hypothèse d'une continuité entre défaillance dans les interventions précoces, défaut du narcissisme, maintien dans le registre de la sensation, dépendance à l'objet concret, appétence à l'agir (D. Marcelli, 1994).

Notre meilleure compréhension des interactions précoces permet de reconstruire ce chemin. Nous observons mieux maintenant l'effet des échecs ou des défaillances dans les accordages affectifs précoces, des ruptures répétées de maternage. Surgissent alors des manques, des « trous » que les sensations viennent combler à la place d'émotions accordées entre le bébé et son entourage. On n'est pas loin alors d'établir un pont entre ces expériences phénoménologiques et ce que la psychanalyse désigne sous le terme de défaillance narcissique. Or beaucoup pensent que « la pathologie addictive est d'autant plus grave qu'elle se situe exclusivement dans le registre narcissique. Plus le sujet est « toxicomane », plus sa problématique narcissique est dominante (A. Charles-Nicolas, 1990).

Ceci nous amène tout naturellement à l'approche psychanalytique de la toxicomanie.

APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DE LA TOXICOMANIE

La difficulté pour le toxicomane d'entreprendre une psychanalyse, et par là même la difficulté pour les psychanalystes de proposer et de maintenir un cadre psychanalytique pour les toxicomanes rendent difficile une conceptualisation étayée sur une large « expérience clinique ».

Cette considération initiale permet de mieux comprendre l'impossibilité d'une compréhension univoque et « les écoutes théoriques » différentes dans ce domaine.

Une première « écoute théorique » tout à fait repérable chez certains toxicomanes passe par la compréhension psychologique des patients Borderline. Nous renvoyons le lecteur au chapitre consacré à se sujet.

Nous proposerons ici une seconde « écoute théorique » qui différencie trois aspects psychodynamiques tenant compte de la dimension « drogue » c'est-à-dire des effets économiques et dynamiques du produit.

Le cycle. — Il correspond à ce que plusieurs psychanalystes ont décrit sous différents aspects mais qui renvoient toujours au balancement et au déséquilibre permanent entre les mécanismes de défense et les pulsions. Rosenfeld souligne que le toxicomane fait usage de certains mécanismes maniaco-dépressifs en raison de la faiblesse du Moi. Ce qui est en jeu chez le toxicomane est un double balancement : « le drogué utilise les mécanismes maniaco-dépressifs qui se trouvent renforcés par la drogue et, par conséquent, altérés par l'intoxication. Le Moi du toxicomane par sa faiblesse n'a pas la force de supporter la souffrance d'une dépression et a facilement recours à des mécanismes maniaques mais la réaction maniaque ne peut se réaliser qu'à l'aide de drogues parce que sa production nécessite une certaine force du Moi.

La faiblesse du Moi des intoxiqués étant liée à la gravité du processus de morcellement du Moi. » Il existe donc un balancement défense maniaque-dépression et un balancement risque du morcellement du Moi-mécanisme de défense maniaco-dépressif. C'est ce qui fait que le toxicomane n'est ni un schizophrène ni un maniaco-dépressif (H.A. Rosenfeld, 1961).

– Un second cycle assez proche du premier et s'articulant avec celui-ci est le balancement paranoïa-dépression. On le retrouve surtout chez les amphétaminomanes qui, grâce à leurs drogues, se sentent forts, actifs, persécuteurs puis persécutés avant de sombrer lors de la « descente » ou sans drogue dans la dépression qui, elle-même, les pousse à se droguer de nouveau.

– Le troisième correspond à celui que B. Grunberger décrit pour le suicide du mélancolique où luttent en permanence l'instance narcissique et le Moi installant un véritable cercle vicieux sous le signe d'une autoagressivité permanente (Bela Grunberger, 1971). L'importance et la faiblesse de l'instance narcissique du toxicomane sont mises en avant par de nombreux psychanalystes, (S. Rado, 1926), (S. Lebovici, 1971). H. Babikian émet même l'hypothèse que la toxicomanie est due à un arrêt dans le développement précoce de l'enfant, arrêt qui s'est fait au moment du passage de l'omnipotence infantile à la délégation de cette omnipotence aux autres et en particulier à sa mère. Grandissant, l'enfant confronté à la réalité va être constamment menacé de perdre le sentiment de maîtrise absolue dont il a constamment besoin (H. Babikian, 1973).

– Enfin, un quatrième cycle est décrit par S. Lebovici : il s'agit d'un cercle vicieux qui conduit du besoin incoercible à la culpabilité, de la culpabilité à la dépression, de la dépression au besoin. Ce cycle rappelle ce que S. Rado (1938) évoquait dans le processus de la pharmacothymie :

Dépression en face de la frustration
↓
Première expérience de la drogue
↓
Plaisir avec accroissement de l'amour-propre
↓
Sensation de puissance du Moi
↓
Puis disparition de l'effet euphorique
↓
Retour à la réalité qui est ressentie comme encore plus pénible
↓
Culpabilité
↓
Dépression en face de la frustration…

Ces différents auteurs accordent tous à la drogue une signification commune, celle de protéger le Moi trop fragile ou dont l'intégrité est menacée. Comme le dit R. Savitt, la personne qui a besoin de s'injecter des drogues en intraveineuses requiert encore plus de protection rapide que ceux qui sont gratifiés par une incorporation orale[1] (R. Savitt, 1963). Cette fonction défensive pour le Moi attribuée à la drogue est retenue par la majorité des psychanalystes (E. Glover, 1932); (H. Krystal et H. Raskin, 1970); (P. Lalonde, 1973).

À cette fragilité du Moi s'associe le besoin de satisfaction immédiate soulignée par O. Fenichel (1945) et que Diatkine attribue à l'impossibilité de trouver spontanément un certain plaisir dans la fantasmatisation : en son absence, l'immédiateté de la satisfaction hallucinatoire provoquée par la drogue ouvre la voie à «une fuite irréversible, du moins pour un temps, d'énergie libidinale».

Mais à ces différents cycles possibles se superpose une autre caractéristique du fonctionnement d'un nombre non négligeable de toxicomanes : «le clivage du Moi»[2].

La rupture. — Surtout après un temps important d'intoxication, les toxicomanes peuvent se scinder en un Moi drogue et un Moi non drogue.

Ces deux «Moi» coexistent l'un à côté de l'autre et donnent l'impression que nous avons à faire à deux sujets différents : l'un toxicomane, connaissant bien le produit utilisé, ne se laissant rien interdire, se droguant sans angoisse ni dépression, ni suicide (l'objet étant source connue de mort le sujet ne peut l'être); l'autre variable selon les moments, selon les sujets et selon la phase du cycle dans laquelle il se trouve. Certains peuvent être délirants, d'autres déprimés, d'autres prépsychotiques (A. Braconnier et C. Olievenstein, 1974). Le clivage du Moi laisse transparaître un élément fondamental : le mécanisme d'extériorisation qui permet de dénier tout processus intrapsychique (très fréquemment retrouvé dans le discours du drogué) et que la drogue, produit réellement extérieur à l'individu, par son pouvoir propre sur le fonctionnement psychique vient renforcer. Il en va de même pour l'angoisse de mort qui n'est plus interne au sujet. L'angoisse est extériorisée totalement sur l'objet drogue. À l'origine de ce clivage du Moi, Freud parle d'un traumatisme psychique, celui-ci peut parfaitement être pour le drogué la rencontre avec la drogue et tout ce qui y est lié. Cette découverte pourrait déclencher un processus de clivage du Moi; la question est de savoir si cette découverte crée le clivage ou si simplement elle le révèle. Nous savons que certains auteurs ont souligné l'importance de ce mécanisme de défense chez les Borderline,

---

1. Freud, dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, avait déjà insisté sur l'autoérotisme oral chez les alcooliques et les toxicomanes fumeurs.
2. Nous renvoyons ici le lecteur à la description que donne Freud de ce mécanisme (S. Freud, 1938).

les personnalités narcissiques et les psychopathes. De même, ce moi drogue est proche de ce que Winnicott décrit comme un faux self ; faux self préexistant et qui répondrait au besoin de l'environnement qu'est le monde de la drogue et qu'est la drogue elle-même dont le sujet vit alors intensément les exigences. À un degré de plus, le toxicomane n'utiliserait plus cette scission entre faux self et self et serait celui qui, comme le définit Winnicott, ne met pas en question les phénomènes transitionnels : la période de lune de miel évoque bien cette interprétation (D.W. Winnicott, 1969). Soulé écrit : « la drogue chez les adolescents, peut être décrite comme une recherche infinie de cet espace (l'aire d'illusion, l'aire transitionnelle) où comme dans l'endormissement, l'illusion demeure impossible. » Cet auteur émet l'hypothèse d'une possible continuité entre l'endormissement du nourrisson ou du jeune enfant facilité par les artifices médicamenteux et la recherche de la drogue par l'adolescent.

La mobilité psychique. — La psychopathologie de la toxicomanie montre que le toxicomane accélère et décélère prodigieusement les processus qui, chez le névrotique, le pervers ou le psychotique, mettent des années à se structurer ou à se déstructurer. Si nous pouvons dire comme le fait Prego Silva pour la psychopathie (Prego Silva, 1971) que la toxicomanie d'un côté empêche une désorganisation psychotique et de l'autre empêche aussi le passage à la position dépressive, il faut apporter ici la correction nécessaire de la rapidité et de la variabilité de ce type de stratégie psychique. L'excitation pléthorique et le manque dépressif sont scandés à volonté par le sujet qui va les manipuler. L'alternance d'une structure à une autre (psychotique, psychopathique, dépressive, toxicomaniaque) d'un mécanisme à un autre (cycle, rupture), est cliniquement repérée. À ceci s'ajoute que la drogue et son absorption peuvent pour un même individu revêtir de multiples significations. Les psychothérapeutes de toxicomanes en sont tous intimement persuadés.

Comme nous l'évoquions précédemment nous retrouvons dans ces différentes « écoutes théoriques » des éléments abordés en psychopathologie, mais insistons encore une fois pour souligner que tout s'oppose à une compréhension psychanalytique univoque des toxicomanes. Le point commun est donc dans le fait qu'il y ait interaction entre la drogue et les processus psychodynamiques et même entre chaque type de drogue et ces processus (H. Wieder et E.H. Kaplan, 1969) et dans la mobilité des différents fonctionnements psychiques du drogué. De même, pour tous les auteurs, la drogue est utilisée par l'adolescent pour augmenter ses défenses contre ses pulsions libidinales (W.R. Flynn, 1973), la dimension économique de l'abus des drogues est incontestable. S. Freud insistant depuis Deuil et Mélancolie sur cet aspect, écrivait en 1929 : « l'action des stupéfiants est à ce point appréciée et reconnue comme un tel bienfait dans la lutte pour avoir le bonheur ou éloigner la misère que des individus et même des peuples entiers leur ont réservé une place importante dans l'économie de leur libido » (S. Freud, 1929).

CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES

Aucun facteur familial, considéré isolément, n'est spécifique. Généralement les études sur les facteurs de risques familiaux retiennent, de façon plus ou moins annoncée, quatre éléments :

– la fréquence de la dissociation familiale ;

– la fréquence des placements nourriciers ou de l'éducation des enfants par une famille « élargie » ;

– l'abus des produits psychotropes, surtout médicaments chez la mère et d'alcool chez les pères ;

– les transplantations culturelles multiples.

Ces facteurs ne doivent pas faire penser que les toxicomanes sont des sujets qui, familialement, ont manqué systématiquement de sécurité. Il existe des toxicomanes qui donnent l'impression de n'avoir manqué de rien, du moins dans les relations familiales manifestes.

Une analyse plus attentive du fonctionnement familial amène les spécialistes des approches familiales à décrire plusieurs phénomènes caractéristiques (P. et S. Angel, 1989) :

– la cécité familiale à l'égard des indices multiples qui trahissent l'intoxication ;

– les rapprochements quasi incestueux, à rapprocher du constat fréquent des transgressions répétitives d'une génération à l'autre soit vis-à-vis des lois ou de la justice, soit vis-à-vis des normes morales habituelles ;

– les conduites sacrificielles. Le toxicomane semble canaliser les énergies en particulier agressives du groupe familial et conjurer ainsi la « violence indifférenciée » ;

– enfin, le déni des enjeux mortels.

À l'image de nombreux autres troubles psychopathologiques, l'enchaînement causal direct du symptôme doit être mis en question : en effet on risque d'attribuer exagérément l'origine de la toxicomanie au seul environnement familial. Rappelons que la toxicomanie chez un jeune peut survenir dans une famille qui ne présente ni plus ni moins de problèmes apparents qu'une autre.

APPROCHES SOCIOLOGIQUES

Sans prétendre à une étude historique, il est évident que l'utilisation abusive des drogues ne survient pas n'importe comment et n'importe quand dans une société. De même, l'opinion publique, les réponses des spécialistes, les attitudes et les mesures prises par la société interfèrent avec le développement du phénomène lui-même. Enfin, le fait que le phénomène actuel touche

essentiellement les adolescents n'est pas sans poser question sur cette tranche de la vie et le statut social qu'elle représente.

a) Trois hypothèses sont soulevées dans cette approche sociologique des toxicomanies actuelles : l'abus des drogues est soit le symptôme d'une sous-culture, soit celui d'une contre-culture, soit le signe de la recherche d'une autre culture.

1) L'hypothèse que la toxicomanie des jeunes est le symptôme d'une sous-culture s'appuie sur deux faits :

- l'abus des drogues est sous-tendu par un processus économique tourné vers le mythe de la consommation. Mais si le jeune toxicomane s'achète à tout prix sa drogue comme le citoyen sa voiture, il s'achète aussi ou vole s'il n'a pas d'argent des vêtements, des disques et des chaînes stéréo ;
- dans notre société de consommation, le médicament prend une place prépondérante et nous pouvons nous demander si au sein d'une civilisation chimique nous ne risquons pas d'être tous des toxicomanes (P. Bensoussan, 1974). Le toxicomane serait alors le témoin de ce processus pour une frange de la population.

2) La toxicomanie comme symptôme d'une contre-culture est la seconde hypothèse. L'Occident après avoir colonisé le reste du monde serait en train de se coloniser lui-même : il existe alors dans chaque individu un tiers monde qui proteste, qui se révolte contre la robotisation et la normalisation. Les jeunes en faisant de la drogue l'instrument de leur protestation et de leur initiation représentent cette contre-culture. Il est courant en effet que les toxicomanes se plaignent de cette société industrialisée et robotisée, qu'ils ressentent une impossibilité de création, d'invention, de voyage et de rêve qui les amène tout naturellement à des attitudes de refus, de résignation et d'absorption des produits favorisant l'imaginaire. Cette hypothèse cependant favorise à notre avis la confusion trop souvent faite entre la crise de jeunesse, la contestation politique et la toxicomanie.

3) La drogue moteur animant la recherche d'une nouvelle culture est la troisième hypothèse. Cette recherche aurait trois dimensions :

- une dimension de connaissance (stimulation intellectuelle, création artistique) ;
- une dimension religieuse (recherche d'un nouveau sens donné à la communication, à la fraternité, à la communion) ;
- une dimension de plaisir (balayant les interdits moraux hérités de la culture judéo-chrétienne).

Mais la nature du mouvement communautaire qui serait le signe de cette nouvelle culture auquel s'est associée pour certains sujets l'utilisation des hallucinogènes met en cause cette hypothèse : il est évident, et les expériences le prouvent, qu'une communauté basée uniquement sur l'usage en

commun des drogues ne saurait exister longtemps. De même, la banalisation du phénomène toxicomaniaque actuel aux États-Unis où 15 ans plus tôt le mouvement hippy démarrait avec ses prêtres ayant pour nom Timothy Leary ou Allan Watts semble contredire les défenseurs de cette dernière hypothèse.

En fait, ces trois hypothèses s'appuient sur des éléments apparents du phénomène mais n'abordent pas le problème toxicomaniaque des jeunes sous un angle dynamique c'est-à-dire dans la relation de tous les instants qui existe entre l'adolescent et la société dont il fait partie.

b) Le passage de la drogue du niveau du sacré et du secret à celui de la consommation de masse par les jeunes a révélé que l'opinion publique, reflet des attitudes sociales, prenait peur, condamnant spontanément les jeunes toxicomanes, les qualifiant de fainéants, pervertis, vicieux. Certains considèrent que les nouveaux moyens d'information, à la recherche délibérée du sensationnel, ont créé en partie la dimension mythique du phénomène ; la vieille image de fléau est réapparue alors que ce phénomène n'en avait ni le caractère de fatalité ni les dimensions mondiales. Cette peur et cette exagération ont favorisé le manichéisme : d'un côté le « système », de l'autre la contestation assimilée à un refus global où se confondaient actions politiques, délinquance, toxicomanie. Cet état de faits nécessita une nouvelle loi (Loi du 31 décembre 1970) et l'attitude des pouvoirs publics fut de glisser de l'approche judiciaire à l'approche médicale réservant la première aux trafiquants et la seconde aux toxicomanes. Les difficultés vinrent alors de l'arbitraire de cette distinction pour les sujets gravement atteints (« un héroïnomane sur quatre se transforme en trafiquant pour obtenir gratuitement les doses qui lui sont nécessaires, ce qui entraîne une croissance exponentielle ») (Y. Pélicier et G. Thuilier, 1972), et du malaise des médecins et des travailleurs sociaux à être les délégués d'une autorité administrative[1].

LES FACTEURS EN JEU

Nous pouvons ainsi regrouper les différents facteurs en jeu dans les phénomènes toxicomaniaques en trois grandes rubriques :

1. La loi française du 31 décembre 1970 prévoit que toute personne usant de façon illicite des stupéfiants sera placée « sous surveillance de l'autorité sanitaire ». Si le toxicomane est arrêté, le procureur de la République peut l'obliger à se faire soigner par l'intermédiaire de cette autorité sanitaire. Si le toxicomane est signalé à l'autorité sanitaire par des services médicaux et sociaux, aucun contrôle n'est prévu au cas où la cure ou la surveillance serait interrompue. Si le toxicomane se présente spontanément aux services de prévention et de cure, il peut se faire soigner anonymement et demander un certificat mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement au cas où il se ferait arrêter par les services de police.

– ***Les facteurs socioculturels :*** il est bien évident que ces facteurs jouent un grand rôle, comme nous le montre l'étude de la consommation de drogue dans sa diversité selon les époques et selon les cultures. À notre époque et dans notre culture, le facteur socioculturel le plus souvent cité est celui de la non-intégration facilitée par une origine culturelle différente ou la migration. Il faut cependant souligner que certains stigmatisent ce facteur explicatif par crainte de voir désigner des boucs émissaires facilement repérables. De plus, il est incontestable que ce facteur est étroitement intriqué avec la dimension économique et sociale (pauvreté et circuit économique parallèle) qui apparaît de plus en plus évidente au cours de ces dernières années.

– ***Les facteurs individuels :*** en ce domaine trois ordres de sous-facteurs semblent chez l'adolescent aggraver le risque potentiel :

- l'utilisation régulière d'une quantité importante de drogue licite, quelle qu'elle soit. La prise de drogue est environ six fois plus fréquente chez les utilisateurs de psychotropes licites qu'elle ne l'est chez ceux qui s'en abstiennent ;
- l'existence au cours de l'enfance et de la préadolescence d'angoisses et de souffrances affectives (maladies psychosomatiques, difficultés scolaires, caractérielles, tentatives de suicide, etc.) ;
- la désinsertion sociale et, plus récemment, le risque de séropositivité sont particulièrement nets pour les héroïnomanes (48,2 % d'entre eux sont sans aucune activité). Cette désinsertion s'intrique étroitement avec la conduite toxicomaniaque : il est souvent difficile de savoir si la désinsertion a favorisé l'abus de drogue ou si l'inverse s'est produit.

– ***Quant aux facteurs liés aux produits,*** toutes les drogues sont utilisées. Sur une population étudiée par une enquête antérieure de l'INSERM à celle citée précédemment, la polytoxicomanie l'emportait de beaucoup sur la monotoxicomanie (53 % des sujets utilisaient trois drogues ou plus, contre 24,4 % surtout pour les usagers de cannabis mais aussi d'héroïne). Dans les associations de drogues constatées toutes les combinaisons imaginables se trouvent réalisées, le trafic et les autres voies illicites sont des modes d'obtention de beaucoup les plus habituelles. La fréquence des troubles mentaux manifestes concerne 35 % de sujets ; elle augmente parallèlement à l'ancienneté de l'intoxication. L'existence d'une corrélation entre la fréquence de troubles mentaux manifestes et l'ancienneté de l'intoxication est donc claire. Il est difficile de considérer que le toxicomane n'a pas une organisation psychopathologique spécifique. Enfin, les problèmes somatiques liés à l'usage des drogues sont considérables puisque 50 % des sujets ont été amenés à prendre contact avec des services de soins pour des troubles d'ordre somatique : abcès, septicémie, hépatite virale, surdosage, et maintenant séropositivité et sida.

ABORD THÉRAPEUTIQUE

Comparable en beaucoup de points à l'abord thérapeutique des tentatives de suicide nous distinguerons les mesures thérapeutiques immédiates puis les mesures à moyen et long termes. Nous sommes en effet le plus souvent confrontés, comme pour le geste suicidaire, à une pression de l'urgence toujours grandissante. Là aussi la seule urgence, ne risquant pas de prendre l'allure d'un véritable passage à l'acte faisant écho au passage à l'acte toxicomaniaque de l'adolescent, est l'urgence d'écoute.

Mesures somatiques et psychiatriques immédiates. — La prévention de l'avenir somatique et/ou psychique de l'adolescent est le but essentiel de ces mesures immédiates :

– la dépression respiratoire secondaire à une intoxication aiguë morphinomimétique nécessite un traitement d'urgence qui consiste en une injection intraveineuse ou intramusculaire de Naloxone (Narcan) ;

– l'état de manque aux opiacés doit être traité également en urgence par une équilibration hydro-électrolytique (si nécessaire en milieu hospitalier), un anxiolytique ou un neuroleptique par voie parentérale associés à un médicament de substitution (Méthadone, Pentazocine) ou à un analgésique ou par la clonidine ;

– la réaction psychotique aiguë secondaire à une prise d'hallucinogènes ou d'amphétamines nécessite le plus souvent un bref séjour en milieu hospitalier et doit être traitée, comme toute réaction psychotique aiguë, par des neuroleptiques, en particulier la Chlorpromazine recommandée par plusieurs auteurs ;

– l'état confusionnel ou le coma nécessitent également des mesures thérapeutiques immédiates mais sans spécificité par rapport à leur origine toxicomaniaque ;

– enfin les traitements nécessités par certaines affections liées à la prise de drogue (septicémie, hépatite, abcès, endocardite, tétanos et surtout plus récemment le sida) ne sont cités ici que pour mémoire.

Mesures thérapeutiques spécifiques. — Beaucoup d'auteurs considèrent qu'une cure de sevrage se prépare et se négocie assez longuement entre le thérapeute et le toxicomane. Quelle que soit sa cause (désir conscient du sujet, intervention de la police, défaut d'approvisionnement, etc.), la cure de sevrage, appelée antérieurement cure de désintoxication, aux opiacés ne doit pas se réaliser dans un climat d'urgence.

Dans ce but, les bases d'un contrat doivent être établies :

– le refus quasi systématique de la cure ambulatoire ;

– l'éloignement des circuits habituels de vie et d'approvisionnement ;

– l'indication d'un sevrage total et non dégressif.

En pratique, ce contrat nécessite dans la très grande majorité des cas un séjour de 10-15 jours en milieu hospitalier sans sortie ni visite (sauf soignants).

La méthode consiste à substituer immédiatement aux toxiques des médicaments antalgiques ou antispasmodiques, des tranquillisants ou des sédatifs à doses rapidement décroissantes. Une cure de sevrage par la Méthadone, puis la maintenance à la Méthadone, est de plus en plus recommandée. Elle est réalisée et bien contrôlée dans un certain nombre de centres français. Enfin un produit utilisé jusqu'alors dans le traitement de l'hypertension artérielle, la clonidine, se montre maintenant efficace dans la cure de sevrage des opiacés.

Cette cure de sevrage bien conduite s'inscrit de toute façon dans une prise en charge polymorphe, base de mesures thérapeutiques à moyen et long termes. En effet, l'association des différentes approches et donc des différentes techniques, en privilégiant tantôt l'une tantôt l'autre, semble beaucoup plus adéquate; sauf exception, les différentes méthodes sont associées. À titre d'exemple, la combinaison de l'usage de la Méthadone et de la psychothérapie est indiquée par de nombreux auteurs depuis longtemps (V.P. Dole et M.E. Nyswander, 1966), (R. Rosenthal, 1972). De même, la prise en charge conjointe du toxicomane et de la famille est conseillée mais souvent difficile à réaliser. Il est néanmoins important de savoir si la famille a connaissance de l'intoxication du sujet.

Cette prise en charge polymorphe doit se faire dans un certain état d'esprit :

– la tâche principale du clinicien est de désillusionner le toxicomane sur une « autothérapie » et sur la « perfection de la planète drogue » ;

– le désir de continuité thérapeutique à travers une équipe de spécialistes d'horizons différents habitués à travailler ensemble (A.J. Charles-Nicolas, 1974). Un réseau constitué d'institutions d'accueil, de cures, de postcures, de familles d'accueil, de communautés thérapeutiques et/ou d'individus isolés permet de proposer constamment au drogué un lieu et une personne avec lesquels un lien d'attachement peut se créer. Ce réseau doit cependant avoir une certaine communauté d'esprit et de travail afin que le toxicomane ne se sente pas morcelé ou manipulé au cours de ces différents séjours;

– le profond sentiment qu'il s'agit avant tout de moyens pour que l'acte du toxicomane devienne discours, donc accessible aux autres. De plus, constater que la conduite d'échec toxicomaniaque résiste à l'abord thérapeutique doit être mis en balance avec le fait que de telles conduites ont souvent une fonction antipsychotique ou antidépressive chez l'individu;

– la modestie de désirer une prise en charge où le sentiment de sécurité de la part du toxicomane compte plus que le plaisir du thérapeute de voir le drogué arrêter son intoxication. L'effort du thérapeute doit d'abord porter sur un contact initial chaleureux pouvant appartenir au registre de la fusion, de l'attachement ou du « holding » à condition qu'il sache et qu'il puisse peu à peu ménager la frustration indispensable pour que les tendances au mono-investissement du toxicomane évoluent favorablement. L'effort du thérapeute doit porter ensuite sur l'accroissement de la tolérance du toxicomane à l'égard de ses affects;

– enfin, le sentiment que l'utilisation et l'application de ces différents moyens peuvent être une étape préparant le toxicomane à une psychanalyse, seule approche mobilisant le fonctionnement répétitif et la dépendance. La cure type doit être aménagée tenant compte de l'intolérance à la frustration du drogué (la position couchée n'est pas indispensable), de l'énergie des forces en présence (cinq ou six séances par semaine sont souhaitables), et de la nécessité d'une soigneuse préparation qu'il ne faut pas démolir en quelques instants (la bienveillance devant être souvent renforcée). Le transfert et le contre-transfert sont évidemment la clé de voûte de cet édifice, les craintes d'être dévoré ou détruit, les problèmes que pose l'agressivité amènent le psychanalyste à être submergé, l'entraînant à « donner » trop ou trop peu. Il doit prévenir ces réactions en reconnaissant chez le patient non seulement ses conflits mais aussi ses besoins, sachant que « c'est avec ce qui fait défaut chez l'analysé et chez l'analyste que le travail s'effectue » (J.B. Pontalis, 1974). Cette prise en charge a pour but de permettre au toxicomane de se confronter à ses tendances destructives et d'éviter l'éparpillement et le morcellement du sujet en proposant une continuité du self et de l'objet.

La prévention. — Ce que nous avons dit plus haut de l'enfance et de l'adolescence des drogués ainsi que des familles et de l'environnement social du toxicomane invite à un effort tout particulier sur la prévention.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Doit-on isoler le phénomène de consommation d'alcool chez les jeunes, de l'utilisation des drogues et de la toxicomanie? Il est habituel en France de le faire. À ceci des facteurs socioculturels ne sont pas étrangers : incontestablement l'alcoolisation de l'adolescent ne constitue pas systématiquement une conduite toxicomaniaque. De plus, cette alcoolisation préfigure ou inaugure les différents types d'alcoolisme bien décrits chez l'adulte. Enfin, des facteurs génétiques ont été identifiés, un gène du récepteur GABA-A apparaissant lié à l'alcoolodépendance, gène que l'on retrouve associé à d'autres pathologies de l'adolescence (toxicomanie, personnalité antisociale, troubles du comportement). En revanche, chez les cliniciens français, l'impression prévaut que l'alcoolisation d'entraînement (alcoolisation classique) régresse chez l'adolescent, tandis que l'alcool est de plus en plus utilisé dans un contexte antisocial de consommation de plusieurs drogues.

DÉFINITIONS

Il existe de très nombreuses définitions de l'alcoolisme. Certaines reposent sur des critères quantitatifs : on parlera alors de sujets abstinents, de

petits buveurs (quantité d'alcool inférieure à 40 grammes d'alcool par jour) et de buveurs excessifs (quantité d'alcool supérieure à 40 grammes d'alcool par jour). Ces définitions laissent trop de côté les alcoolisations par excès intermittents, fréquentes à l'adolescence.

En 1951, l'OMS adoptait la formule suivante : « les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale, leur relation avec autrui et leur bon comportement social et économique, soit des prodromes de troubles de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement. » Cette définition s'applique évidemment plus à l'adulte qu'à l'adolescent alcoolique.

À l'heure actuelle, la classification américaine DSM-III distingue deux ordres de faits :

L'abus d'alcool dont les critères diagnostiques sont de trois types :

– présence d'un ou plusieurs symptômes témoignant d'une utilisation pathologique de l'alcool (par exemple, besoin de boire tous les jours pour bien fonctionner, survenue d'éventuelles ivresses, absorption éventuelle de boissons non alimentaires : alcool à 90°, eau de cologne, etc.) ;

– retentissement social ou familial de la consommation d'alcool ;

– durée des troubles supérieure à un mois.

Le syndrome de dépendance dont le diagnostic nécessite deux ordres de critères :

– présence de l'un des deux premiers types de critères diagnostiques de l'abus d'alcool cités plus haut ;

– présence d'une altération de la tolérance ou d'un ou plusieurs signes de sevrage.

La DSM-III identifie par ailleurs, dans des catégories distinctes des précédentes, l'intoxication alcoolique aiguë et les atteintes mentales organiques induites par l'alcool.

En ce qui concerne les nombreuses classifications cliniques et étiopathogéniques de l'alcoolisme, nous renvoyons le lecteur au traité consacré à la psychopathologie de l'adulte. Enfin, en ce qui concerne l'alcoolisme chez l'adolescent, aucun travail de définition n'a été réellement entrepris à notre connaissance. Signalons cependant à titre indicatif : *The adolescent alcohol involvement scale : An instrument for measuring adolescent's use of alcohol* (J. Mayer et W. Filstead, 1979).

LE MODE DE CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES

Il s'agit ici des tendances retrouvées en général dans des études se référant le plus souvent à des conduites d'alcoolisation chez des mineurs appréhendés pour délits dits de contravention.

Dans la majorité des cas, le cadre de l'alcoolisation est le groupe ou la bande. Le café, la salle de danse ou la « party » sont les lieux où se réalise cette conduite. Quant à l'alcoolisation solitaire caractéristique de l'adulte elle semble moins fréquente, mais peut-être passe-t-elle inaperçue.

La nature des boissons est fonction des ressources régionales ; la bière et le cidre sont souvent consommés dans un premier temps puis viennent ensuite les vins, les apéritifs et les alcools forts. Toutes les associations comme pour les drogues illicites sont possibles.

Par rapport à l'alcoolisme de l'adulte, cette conduite prend plus volontiers une forme toxicomaniaque chez l'adolescent. La recherche délibérée de l'ivresse, de la « défonce », de la rapidité et de l'intensité des effets par des alcools fortement titrés est caractéristique.

De plus en plus souvent cet alcoolisme toxicomaniaque est associé à la consommation de médicaments psychotropes ou des drogues illicites connues : l'alcool amplifie leurs effets.

De plus l'alcool peut, en cas de rupture d'approvisionnement de drogue chez le toxicomane, servir de « produit de relais ».

Qu'il s'agisse d'un alcoolisme toxicomaniaque ou non, les effets recherchés vont de la détente à l'ivresse ; « tous les intermédiaires peuvent se rencontrer au gré des circonstances, des rencontres, des exigences instinctuelles et pulsionnelles » (A. Féline, 1982).

LES RISQUES DE L'ALCOOLISATION À L'ADOLESCENCE

L'alcoolisation de l'adolescent connaît les mêmes complications que l'alcoolisme de l'adulte : modification de caractère et de l'affectivité, états dépressifs et même délires (en fait rares dès l'adolescence). Par contre le risque d'évolution vers une polytoxicomanie est spécifique de l'alcoolisation actuel de l'adolescent. En effet, les voies de passage entre ces deux conduites sont de plus en plus fréquentes. En revanche, l'existence de mort directe par abus massif d'alcool est sûrement moins fréquente chez l'adolescent alcoolique que chez l'adolescent toxicomane ; mais des accidents de la circulation, sources de mort ou d'invalidité, ou même des actes violents graves peuvent être directement liés à l'alcoolisation des sujets jeunes.

Si le risque d'overdose accidentelle est exceptionnelle chez le jeune alcoolique, l'association entre la boisson et les gestes suicidaires semble devenir plus fréquente. Une enquête réalisée à Édimbourg signale une augmentation de 17 à 29 % au cours des dix dernières années des jeunes alcooliques âgés

de 15 à 19 ans qui tentent de se suicider (N. Kreitman et M. Schrieber, 1979). De même le risque de gestes violents hétéro-agressifs et d'accidents de la voie publique est bien connu. L'OMS signale que parmi les jeunes de 15 à 24 ans la majorité des accidents de la circulation est associée avec un excès d'alcool.

LES DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIOLOGIQUES DE L'ALCOOLISME CHEZ L'ADOLESCENT

Dans un travail sur les aspects actuels de l'alcoolisme du sujet jeune A. Féline et J. Ades envisagent trois types de situations susceptibles de rendre compte des formes d'alcoolisation chez les jeunes, « certaines étant susceptibles d'entretenir une alcoolo-dépendance, d'autres l'étant sans doute moins » (1982). L'intrication de facteurs de personnalité et des facteurs environnementaux jouent ici pleinement :

– l'alcoolisation comme mode d'intégration au monde de l'adulte. Il s'agit de l'alcoolisme classique en France. En famille, au moment des fêtes ou même plus régulièrement, à l'occasion du service militaire ou lors de la première embauche, l'habitude de boire s'installe par pression du groupe. Depuis longtemps en France ce mode d'alcoolisation a représenté le premier stade de l'intoxication pour des adolescents qui deviendront des buveurs excessifs ou des alcooliques dépendants. Ce groupe compte évidemment les familles d'alcooliques où l'on constate une transmission culturelle des parents aux enfants ; cependant il ne faut pas négliger l'influence des pairs sur les conduites alcooliques, influence qui pour certains semble même plus importante que celle des parents (M. Forslund et T. Gustafson, 1970) ;

– l'alcoolisation comme automédication. Il s'agit d'un alcoolisme bien connu en raison des effets soit sédatifs, tranquillisants ou antidépresseurs, soit excitants de l'alcool. Cet alcoolisme est souvent solitaire, caché. Le garçon, mais aussi la fille, peuvent être concernés, s'enfonçant dans une dégradation physique et une marginalisation parfois rapide. Parfois ces conduites alcooliques évoquent de réels équivalents suicidaires. D'autres troubles de la personnalité peuvent s'observer : chez les psychopathes, l'alcoolisme prend volontiers une forme impulsive et s'inscrit dans une série de comportements caractéristiques ; chez certains jeunes schizophrènes, l'absorption sporadique d'alcool survient dans des moments d'angoisse que le sujet cherche intensément à atténuer ;

– l'alcoolisation comme conduite toxicomaniaque. Il s'agit là d'un phénomène dont l'extension est liée au développement de la toxicomanie juvénile. Initialement déconsidéré par les jeunes toxicomanes (entre 1960 et 1970) l'alcool est devenu actuellement une drogue à part entière. Chez l'adolescent, qu'elles soient sporadiques et paroxystiques ou continues, ces

toxicomanies alcooliques s'accompagnent souvent de la prise concomitante d'autres drogues. Rappelons également ici d'une part que l'absorption excessive d'alcool est un facteur de risque parmi d'autres dans l'histoire des toxicomanies, d'autre part que l'alcool peut représenter pour un certain nombre de toxicomanes avérés un produit de substitution dans une étape de désintoxication sur le chemin de la « guérison ».

LES PERSONNALITÉS ALCOOLIQUES

Comme pour les jeunes toxicomanes, ni l'expérience clinique ni les études psychométriques ou psychopathologiques ne sont en faveur d'une personnalité alcoolique spécifique (J.F. Chevalier, 1982).

Cependant un certain nombre de traits communs sont habituellement retrouvés par le clinicien :

– l'intolérance à la frustration ;

– l'anxiété ;

– la tendance dépressive et le sentiment d'infériorité, la perte d'estime de soi, la honte ou la gêne de son corps dans son ensemble ou en partie ;

– la dépendance affective à l'égard d'un parent ou d'un groupe.

Pourtant, bien que les jeunes alcooliques partagent entre eux nombre de ces caractéristiques, elles ne sont ni limitées aux seuls sujets utilisant l'alcool, ni suffisantes pour parler d'une personnalité alcoolique.

Comme nous l'avons déjà vu, la référence à des personnalités pathologiques bien répertoriées suggère un éclectisme important : psychopathie, névrose, dépression et même psychose.

De même, les tests (MMPI, Rorschach, TAT, etc.) ne suggèrent pas que les alcooliques forment un groupe monolitique. Deux sub-types chez l'adulte et non chez l'adolescent sont les plus souvent retrouvés : psychopathique et névrotique dépressif.

APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

La théorie psychanalytique essaie essentiellement de comprendre le mécanisme de dépendance. Beaucoup d'éléments évoqués à ce propos dans le paragraphe consacré aux toxicomanies peuvent être repris ici (*cf.* p. 394). En ce qui concerne plus spécifiquement l'alcool, S. Freud et ses successeurs insistent sur l'importance dans la genèse de l'alcoolisme de certaines tendances inconscientes : homosexualité latente, auto-agressivité, et surtout fixation au stade oral. L'adolescent, par ses caractéristiques psychodynamiques propres, est une personnalité exposée à l'émergence de ces tendances

inconscientes. De plus, si l'on admet avec De Mijola et Schentoub que la relation libidinale exclusive de l'alcoolique avec l'alcool vise à nier un deuil, là aussi, l'adolescent paraît particulièrement exposé à cette conduite (1973). Ceci explique sans doute en partie pourquoi tout adolescent est attiré un jour ou l'autre par les effets de l'alcool. Mais ceci ne permet pas de comprendre pourquoi certains adolescents deviennent alcooliques. En dehors d'explications polyfactorielles toujours peu satisfaisantes, certains auteurs, pour en rester dans le champ psychanalytique, ont évoqué des liens plus directs entre la conduite alcoolique et des aspects psychodynamiques de la personnalité : nous avons déjà évoqué la fixation orale décrite par Freud, mais nous pouvons également citer le «défaut fondamental» de Balint que l'alcool vient combler, la «difficulté identitaire» de l'alcoolique, sujet qui n'a pu franchir le stade du miroir décrit par Lacan (M. Fontan, 1979), ou les personnalités, présentées par Bergeret comme des états limites, chez lesquelles la dépression, l'angoisse, la demande d'appui et d'amour se fixent sur l'alcool.

TRAITEMENT

Le traitement des conduites alcooliques de l'adolescent doit être différencié selon les types d'alcoolisation tels que nous les avons décrits précédemment :

– Dans le cas de l'alcoolisation «classique», il s'agit essentiellement d'un mode d'intégration au monde des adultes. L'action thérapeutique doit être centrée sur un dépistage précoce et plus encore sur la prévention dans le cadre des collèges, des lycées ou des lieux d'apprentissage. Le médecin scolaire, le médecin généraliste, le médecin de famille ont souvent un rôle important à jouer, préférable à l'intervention du psychologue ou du psychiatre.

– Dans le cadre de l'alcoolisation comme automédication, le risque est inverse : le problème d'alcoolisme risque d'être trop souvent mis en avant par l'adolescent lui-même et par son entourage au détriment de problèmes psychopathologiques sous-jacents. Le traitement de ce type d'alcoolisme ne peut être entrepris qu'avec un abord psychiatrique et psychothérapique clairement présenté.

– Enfin, dans l'alcoolisation comme conduite toxicomaniaque, nous retrouvons les attitudes thérapeutiques préconisées au paragraphe précédent.

D'un point de vue général, contrairement aux adultes, les adolescents alcooliques n'acceptent généralement pas de prendre contact avec les associations d'anciens buveurs lorsque cette proposition leur est faite. Ce dernier point doit être souligné en raison de l'importance de ces associations pour les patients plus âgés.

LA DÉPENDANCE AUX JEUX VIDÉO

Si les études de cohortes sont encore inexistantes, les descriptions de cas cliniques se font de plus en plus nombreuses sur ce thème (M. Valeur et J.C. Matysiak, 2003 ; M. Stora, 2005). Nous aborderons brièvement la « dépendance » à l'écran vidéo (télévision, Internet, jeux vidéo), et à un moindre degré, au téléphone portable (chat, SMS, etc.). Si chez l'adulte la dépendance aux jeux concerne principalement les jeux d'argent, chez l'adolescent le jeu d'argent reste au second plan, derrière la dimension essentiellement ludique de ces jeux virtuels.

Certes tous les critères de la dépendance ne sont pas nécessairement présents dans ces formes nouvelles de dépendance aux jeux vidéo, mais on en retrouve certains : temps passé devant l'écran pouvant excéder dix à douze heures par jour ; délaissement des autres activités (en particulier scolaires) au profit du seul jeu ; réduction des relations sociales uniquement centrées sur la pratique du jeu ; conflits avec les proches (les parents mais aussi la fratrie) envahissant la vie sociale, etc.

Les jeux d'écran font aujourd'hui parti de la vie familière et quotidienne des enfants dès le plus âge. Mais c'est souvent en début d'adolescence, vers 12-13 ans que la « passion pour le jeu » s'installe. Au-delà de la dimension ludique incontestable, comment comprendre l'attrait manifeste de ces jeux et de cet espace virtuel? Celui-ci semble en fait entrer en résonance avec les problématiques rencontrées à l'adolescence. L'écran (Internet ou jeu vidéo) offre l'illusion :

– de s'abstraire du temps et de l'espace (dimension d'instantanéité et d'ubiquité) ;

– de disposer de tous les possibles (être homme ou femme, ni l'un ni l'autre, un autre corps en totalité ou en partie, etc.) ;

– de faire et de défaire comme si le retour en arrière était possible (mourir puis renaître) ;

– de pouvoir franchir toutes les limites (de la sexualité, de la violence, de la folie).

D'une certaine façon, dans le jeu il n'y a pas de renoncement, pas de perte d'illusion, pas d'obligation de choix. L'omnipotence infantile *via* l'omnipotence de la pensée n'a plus à se confronter aux limites imposées par la réalité en même temps que l'accession à la pensée formelle (*cf.* chap. 1, Modèles de compréhension) autorise pleinement ce jeu de la réversibilité qui par la grâce des métamorphoses en images brouille la limite entre le réel et le virtuel. En outre, l'ordinateur va vite et cette vitesse étaye, canalise et entretient l'excitation pulsionnelle qui menace constamment l'adolescent de débordement : il a en face de lui, à son côté et avec lui un « objet » médiateur de sa pulsionnalité qui par sa fonction représentationnelle devient un véritable moi auxiliaire. L'écran vidéo peut devenir ainsi le fidèle compagnon de la fantasmagorie

adolescente (au plan topique : le préconscient plus que l'inconscient), compagnon d'autant plus attractif que dans la réalité ce même adolescent rencontre quelques difficultés relationnelles (inhibition, repliement, etc.). Le virtuel devient ainsi un « potentiel » qui s'offre à l'investissement de l'adolescent (S. Tisseron, 2004).

Beaucoup d'adolescents entre 11-12 ans et 15-16 ans traversent de ce fait une période d'intense pratique des jeux vidéo. Dans une enquête portant sur 641 collégiens et lycéens âgés de 11 à 18 ans, 80 % d'entre eux (garçons : 96 %, filles : 70 %) jouent avec leur console ou l'ordinateur. Les filles jouent de façon plutôt occasionnelle (moins de deux heures par semaine) et semblent se désintéresser de ces jeux vers 17 ans. Les garçons jouent de façon plus régulière surtout vers 15-16 ans (plus de sept heures par semaines) puis deviennent dans les années de fin de lycée des joueurs plus occasionnels. Mais 10 % des garçons jouent plus de quinze heures par semaines dès 13-15 ans et ceux qui jouent le plus semblent maintenir, voire augmenter, leur temps de jeu avec l'âge (V. Bidault, 2003). Ils jouent seuls mais disent jouer pour partager avec les autres, passer du temps et « se vider la tête ».

En résumé, les garçons y sont un peu plus nombreux que les filles (sauf pour les chat et les SMS). La pratique atteint un pic d'usage vers 15-16 ans pour diminuer ensuite progressivement, de façon plus importante chez les filles, quelques garçons conservant ensuite un usage intensif, voire abusif ou addictif.

Seul un nombre restreint d'adolescents entrera dans un usage véritablement addictif des jeux vidéo. Ceux-ci peuvent alors y passer dix, douze ou quatorze heures quotidiennes, voire plus encore, restreignant leur vie à ces jeux. L'échec scolaire puis la déscolarisation sont habituels, les consommations de produits fréquentes (haschich mais aussi produit psychostimulant pour ne pas dormir et accélérer le seuil de réactivité), les problèmes de santé apparaissent (trouble du sommeil, de l'alimentation), la vie sociale devient inexistante. Ces jeunes sont d'ailleurs appelés des *no life*, y compris par les autres adolescents passionnés de jeux. Rétrospectivement, entre ces jeunes passionnés qui passent un temps important devant l'écran mais qui conservent une vie scolaire-professionnelle, affective et relationnelle satisfaisante, et ces jeunes devenus *no life* on retrouve toujours un élément précis : vers 14-15 ans ces derniers soit n'ont reçu aucune limite temporelle dans leur pratique, soit ont été incapables de s'en donner. Cette constatation souligne combien il est important de donner au jeune adolescent (entre 12-13 ans et 15-16 ans) des limites dans l'utilisation de ces jeux, quelles que soient ses conduites d'opposition ou de protestation.

Dans une approche psychodynamique, M. Stora (2004) rattache aux défaillances des interactions précoces ce besoin de pratique vidéo addictive, décrivant deux triades caractéristiques : « la mère dépressive – le bébé – l'écran de télévision » et « la mère narcissique – le bébé-représentation de

soi ». Dans le premier cas, le bébé est fasciné par la puissance des images qui semblent réanimer la mère quand elle les regarde, devenu adolescent il est aspiré par cette puissance de l'image ; dans le second cas, la mère projette sur son bébé une image narcissique grandiose que ce bébé, devenu adolescent, retrouvera dans le virtuel. Pour intéressantes que soient ces hypothèses, elles restent affaire de cas singuliers et demandent assurément confirmation par des études plus systématiques. Pour ces adolescents totalement isolés par l'intensité de leur pratique ludique, cet auteur propose d'ailleurs de les rencontrer « sur leur terrain », en s'intéressant à leurs jeux, voire en acceptant de jouer modérément avec eux afin de réintroduire une dimension relationnelle puis symbolique qui semble leur faire défaut.

BIBLIOGRAPHIE

HUERRE P., MARTY F. : *Cannabis et adolescence.* Albin Michel, Paris, 2004.

HUERRE P., MARTY F. : *Alcool et adolescence.* Albin Michel, Paris, 2007.

STORA M. : Addiction au virtuel, le jeu vidéo. *Adolescence,* 2004, *22*, 1, 67-75.

BAILLY D. et VENISSE J.L. : *Dépendance et conduites de dépendance.* Paris, Masson, 1994.

LEGLEYE S., BECK F., PERETTI-WATTEL P. : Consommateurs d'alcool ou de cannabis à 17 ans. Quelles différences? *Alcoologie et addictologie*, 2002, *24*, 2, 127-133.

MARCELLI D. : Du lien précoce au lien d'addiction. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1994, *42*, 7, 279-284.

OLIEVENSTEIN C.S. : *La vie du toxicomane.* PUF, Paris, 1982, 1 vol.

ANGEL P. et ANGEL S. : *Famille et toxicomanie.* Éditions Universitaires, Paris, 1989.

BABIKIAN H. : Report at American Academy of Psychoanalysis (cité par D. Zimmerman). *The Journal. Addiction Research Foundation of Ontario*, 1973, *2*, 16.

BELA GRUNBERGER : *Le narcissisme.* Payot, Paris, 1971.

BELCHER H.M., SCHINITZKY H.E. : Substance Abuse in Children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.,* 1998, *152*, 952-960.

BENSOUSSAN P. : *Qui sont les drogués ?* Robert Laffont, Paris, 1974.

BERGERET J. : Les conduites addictives. Approche clinique et thérapeutique. *In :* J.L. (édit.). *Les Nouvelles Addictions.* Paris, Masson, 1991.

BIDAULT V. : Génération Playstation. *Mémoire de DIU Médecine et santé de l'adolescent,* Poitiers, 2003.

BRACONNIER A., MARCELLI D. : The adolescent and his parents : parental crisis. *J. Adol.*, 1979, *2*, 335-336.

CHARLES-NICOLAS A. : Processus toxicomanogènes. Constantes et évolutions. *In :* VENISSE J.L. *Les nouvelles addictions.* Paris, Masson, 1990, Paris, 30-41.

CHEVALIER J.F. : Les personnalités alcooliques. *Rev. Med.*, 1982, *13*, 313-316.

CHOQUET M., LEDOUX S. Point sur la consommation de drogues illicites parmi les adolescents en France. *Médecine et Hygiène*, *46*, 2034-2038.

CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET P. : *Les conduites de dépendances.* Masson, Paris, 2003.

COSTENTIN J. : Données neurobiologiques récentes sur le cannabis. *Bull. Acad. Natle. Med.,* 2002, *186*, 2, 47-57.

DARCOURT G. : Économie psychique et dépendance. *In :* BAILLY D. et VENISSE J.L. (édit.). *Dépendance et conduites de dépendance*. Masson, Paris, 1994.

DAVIDSON F., ÉTIENNE M., PIESSET J. : Contribution à l'étude épidémiologique de la pharmacodépendance en France. *Bulletin des statistiques « Santé-Sécurité Sociale »*, 1974, *2*, 69-104.

DEWITT D.J., ADLAF E.M., OFFORD D.R., OGBORNE A.C. : Age at first Alcohol Use : A risk factor for the development of Alcohol Disorders. *Am. J. Psychiatry*, 2000, *157*, 745-750.

DOLE V.P., NYSMANDER M.E. : Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone. *New York State J. Med.*, 1966, *66*, 2011.

ESCOFFIER-LAMBIOTTE C. : La drogue : de l'angoisse à la servitude. *Le Monde*, Paris, 15 sept. 1971.

FELINE A., ADES J. : Aspects actuels de l'alcoolisme du sujet jeune. *Ann. Méd. Psych.*, 1980, *138*, 80-86.

FENICHEL O. : *The psychoanalytic theory of neurosis.* W.W. Norton and Co. Inc., New York, 1945.

FONTAN M. : Les jeunes et l'alcool ou la drogue. *In : Mieux connaître l'alcoolique.* La Documentation Française, Paris, 1979, 92-98.

FORSLUND M., GUSTAFSON T.J. : Influence of peers and parents and sex on drinking by students. *Quarterly J. Studies Alcohol*, 1970, *31*, 868-875.

FOURNIER E., GAULTIER M., PIVA L., BISMUTH L. : Intoxication chronique par les opiacés. *Ann. Med. Int.*, 1972, *123*, 825-832.

FLYNN W.R. : Drug abuse as a defense in adolescence. *Adolescence*, 1973, *8*, 31, 363-372.

FREUD S. : *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (trad. par B. Reverchon-Jouve). Gallimard, Paris, 1905.

FREUD S. : *Malaise dans la civilisation* (trad. par Ch. et J. Odier). PUF, Paris, 1930.

FREUD S. : Le clivage du Moi dans le processus de défense (1938). *Nouv. Rev. Psychanal.*, 1970, *2*, 25-30.

GLOVER E. : On the etiology of drug addiction. *Intern. J. Psychanal.*, 1932, *13*, 298-330.

GRUNBERGER B. : *Le narcissisme.* Payot, Paris, 1971.

JEAMMET Ph. : Dépendance et séparation à l'adolescence : point de vue psychodynamique. *In :* BAILLY D. et VENISSE J.L. (édit.). *Dépendance et conduites de dépendance.* Masson, Paris, 1994.

JOHNSTON C.D., O'MALLEY P.M., BACHMAN J.G. : *High School Senior Drug Use*. 1975-1989. Rockville MD. National Institute on Drug Abuse, 1990.

KREITMAN N., SCHRIEBER M. : Parasuicide on young Edimbourg women (1968-1975). *Psychol. Med.*, 1979, *9*, 469-479.

KRYSTAL H., RASKIN A. : *Drug dependence.* Wayne State University Press, Detroit, USA, 1970.

LALONDE P. : La personnalité psychédélique. *Toxicomanies*, 1973, *6*, 343-358.

LEBOVICI S. : À propos de la toxicomanie. *Inform. Psychiatr.*, 1974, *50*, 685.

MAYER J., FILSTEAD W. : The AAIS. *J. Studies Alcohol*, 1979, *40*, 291-300.

OMS : Séries de rapports techniques n° 417. Comité OMS d'experts de la pharmaco-dépendance, Genève (Suisse), 1969.

OXFORD J. Hypersexuality : implications for a theory of dependence. *Brit. J. of Addiction*, 1978, *73*, 299-310.

PÉLICIER Y., THUILLIER G. : *La drogue.* PUF, « Que sais-je? », Paris, 1972.

PONTALIS J.B. : Bornes ou confins? *Nouv. Rev. Psychanal.*, 1974, *10*, 5-16.

PREGO SILVA : Notes sur le traitement de la psychopathie (trad. : Dr N. Beaufils). *Psychiatr. Enf.*, 1971, *14*, 546-552.

RADO S. : The psychic effects of intoxicants. *Internat. J. Psychoanal.*, 1926, *7*, 296-413.

RADO S. : The psychoanalysis of pharmacothymia. *Psychoanal. Quarterly*, 1938, *2*, 1-23.

RAPPORT : (sous la direction de Reynaud M.) : *Usage nocif de sustances psychoactives : identification des usages à risques : outils de repérage; conduites à tenir.* La documentation française, Paris, 2002, 1 vol.

ROSENFELD H.A. : De la toxicomanie. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1961, *25*, 885-889.

ROSENTHAL R. : Slow detoxification in Heroin addiction. *New York State J. Med.*, 1972, *15*, 2998-3000.

SAVITT R.A. : Psychoanalytic Studies on addiction : ego structure in narcotic addiction. *Psychoanal. Quaterly*, 1963, *32*, 43-57

SCHNEIDER J.P. How to recognize the rigus of sexual addiction. *Postgraduate medecine*, 1991, *90*, 6, 171-182.

STORA M. : *Guérir par le virtuel*. Presse de la Renaissance, Paris, 2005, 1 vol.

SUTHERLAND I., SHEPHERD J.P. : Adolescent'beliefs about future substance use : a comparaison of current users and non-users of cigarettes, alcohol and illicit drugs. *Journal of Adolescence*, 2002, *25*, 169-181.

TASSIN J.P. : La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues. *Bull. Acad. Natle Med.,* 2002, *186*, 2, 23-33.

TISSERON S. : Le virtuel à l'adolescence. *Adolescence,* 2004, *22*, 1, 9-31.

VAILLANT G.E. : A 20 Years follow-up of New York Narcotic Addicts. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1979, *29*, 237-241.

VALLEUR M., MATYSIAK J.C. : *Les nouvelles formes d'addiction.* Flammarion, Paris, 2003, 1 vol.

WIEDER H., KAPLAN E.H. : Drug use in adolescents. *Psychoanal. Study Child*, 1969, *24*, 399-431.

WINNICOTT D.W. : *De la pédiatrie à la psychanalyse* (trad. par Y. Kalmanovitch). Payot, Paris, 1969.

ZUCKERMAN M., NEELE M. : Sensation seeking and psychopathology. *Psychiatry Res.*, 1979, *1*, 255-264.

14 AUX FRONTIÈRES DE LA NOSOGRAPHIE

Les écarts et les relatives divergences sont incontestables entre, d'un coté, les exigences de catégorisation contemporaine, quelles qu'en soient les raisons (recherche, indication thérapeutique médicamenteuse en particulier, classification administrative et comptable, etc.), d'un autre, les critères assez rigoureux des classifications internationales (DSM et CIM essentiellement), et d'autre part la complexité de la clinique, l'existence de formes incomplètes et surtout les inéluctables incertitudes diagnostiques liées à une période de la vie au cours de laquelle les processus de changements jouent à plein. Il est relativement fréquent de constater que dans la tentative de classification d'une file de patients adolescents vus en consultation ou hospitalisation, les catégories « en attente » ou « trouble X non spécifique » regroupent un nombre conséquent de cas. Quelles que soient les classifications, il y aura toujours des patients difficiles à catégoriser, tout comme il y a toujours des catégories difficiles aux limites discutables ou incertaines. Sans prétendre être exhaustif, ce chapitre décrit deux catégories nosographiques complètement différentes car appartenant à des systèmes référentiels qui s'ignorent réciproquement (l'un purement descriptif, du moins dans ses intentions, DSM ou CIM ; l'autre d'inspiration psychopathologique) : cette ignorance aboutit au fait qu'un même patient pourrait tout à fait trouver sa place dans l'une *et* l'autre de ces catégories. Pourtant l'une comme l'autre ont leur intérêt à condition toutefois de considérer que cet intérêt ne se situe pas dans un champ identique : incontestablement l'identification du trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH), du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ou du trouble des conduites (TC) facilite les études épidémiologiques et de santé publique, apporte des informations pertinentes sur l'évolution au long cours, rend plus cohérentes certaines attitudes thérapeutiques. De façon tout aussi incontestable, la notion « d'état limite » est utile au clinicien, surtout dans une perspective psychodynamique et psychothérapeutique, renvoyant au fonctionnement mental du sujet, lui permettant de mieux appréhender les enjeux relationnels (transférentiels et contre-trans-

férentiels) avec un patient particulier tout en laissant très ouvert le processus évolutif naturel à cet âge.

TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION-HYPERACTIVITÉ (TDAH)

Succédant à la notion d'instabilité psychomotrice, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité repose sur une description symptomatique et comportementale, tout en interrogeant sa signification psycho-dynamique et sa compréhension psychopathologique. Si les premiers travaux publiés dans les années 80-90 portant sur le suivi des enfants hyperactifs suggéraient que le trouble s'atténuait avec l'adolescence pour disparaître à l'âge adulte, les suivis de cohortes qui sont actuellement publiés démentent largement ce point de vue. Les manifestations symptomatiques du TDAH persistent très souvent à l'adolescence et au-delà. Mais l'adolescence vient apporter au tableau clinique typique quelques particularités. On ne reprendra pas ici la description du TDAH de l'enfant et de ses diverses formes (type inattentif, type hyperactif/impulsif, type mixte) qu'on trouvera dans *Enfance et psychopathologie*, chap. 18, Aux frontières de la nosographie. Le sous-type du TDAH et l'existence ou non dès l'enfance de trouble(s) comorbide(s) (en particulier trouble oppositionnel avec provocation, TOP et Troubles des Conduites, TC) semble conditionner de façon majeure l'évolution à l'adolescence. Reste la question d'un début de TDAH à l'adolescence chez un enfant qui auparavant n'en aurait présenté aucun signe. À notre connaissance, il n'y a pas de travaux sur ce point précis laissant penser que l'apparition d'un tableau typique de TDAH chez un sujet pubère sans antécédents de TDAH dans l'enfance est sinon impossible du moins très rare.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Une récente méta-analyse portant sur plusieurs centaines d'articles publiés entre janvier 1978 et décembre 2005 représentant 171 576 patients de 18 ans et moins donne une prévalence moyenne du TDAH (DSM) ou trouble hyperactif (CIM) de 5,29 % mais avec de grandes variations géographiques entre l'Amérique du Nord, l'Europe, l'Asie et le Moyen-Orient (Polanczyk et coll., 2007). Cette prévalence reste cependant une des plus élevées en psychopathologie de l'enfant comme de l'adolescent, plus élevée chez les garçons que chez les filles (sexe-ratio 3/1) surtout pour les sous-types hyperactif et mixte (Bauermeister et coll., 2007).

Comorbidités : chez l'enfant, la littérature identifie trois types de comorbidités au TDAH : les troubles externalisés (TOP et TC) chez 40 à 90 % des sujets présentant un TDA/H, les troubles internalisés (anxiété et dépression) chez 25 à 40 % des sujets et des troubles des apprentissages dans 10 à 92 %. Le sous-type clinique de TDAH surdéterminerait le type de trouble comorbide. En effet, les troubles internalisés seraient plus fréquents chez les sujets présentant un TDAH à prédominance inattentive, les troubles externalisés, en particulier le TC, seraient corrélés au TDAH à prédominance hyperactive-impulsive. D'autre part, dans les formes mixtes de TDAH, la comorbidité avec les troubles externalisés serait plus fréquente. Cette comorbidité est importante à prendre en compte dès l'enfance car elle conditionne l'évolution du TDAH à l'adolescence.

ÉVOLUTION DE L'ENFANCE À L'ADOLESCENCE

Certains estiment que la persistance de ce trouble à l'adolescence est de l'ordre de 70 %. Pour juger de l'évolution il faut cependant prendre en compte la source d'information, ce qui est susceptible de modifier de façon considérable les chiffres. Ainsi quand on interroge les parents de jeunes adultes (19-25 ans), 46 % considèrent que les manifestations du TDAH persistent à cet âge chez leur enfant, chiffres qui tombent aux environs de 3 à 8 % quand les sujets se décrivent eux-mêmes (R. Barkley et coll., 2002) !

En fait, trois grands types d'évolution du TDAH ont été décrits dès les premiers travaux :

– une sédation et la disparition des symptômes lors de l'adolescence ou chez le jeune adulte, surtout dans les cas de TDA/H sans comorbidité (30 % des cas) ;

– une persistance des symptômes de l'enfance à l'âge adulte avec apparition de difficultés scolaires, sociales ou relationnelles modérées (40 % des sujets) ;

– une aggravation relative des symptômes avec apparition de pathologies type alcoolisme, toxicomanie, trouble limite de la personnalité, psychopathie et personnalité antisociale (30 % des sujets).

Les travaux les plus récents mettent au premier plan l'importance de la comorbidité. La présence dès l'enfance d'un TOP (indépendamment de la présence ou non d'un TDAH ou d'un TC) est un facteur de prédiction d'un TC à l'adolescence, mais la présence comorbide d'un TDAH et/ou d'un TC dès l'enfance est un facteur de sévérité du TC à l'adolescence (N. Whittinger et coll., 2007 ; P. Van Lier et coll., 2007) (*cf.* aussi chap. 12, Les conduites psychopathiques ou trouble des conduites).

CLINIQUE À L'ADOLESCENCE

Le diagnostic du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité est probablement plus difficile à l'adolescence qu'au cours de l'enfance. Au moins trois raisons à cela :

– tout d'abord, il est évidemment difficile chez adolescent un peu agité ou ayant des difficultés de concentration scolaire de faire la part entre les effets normaux sur le développement des comportements liés au processus même d'adolescence (instabilité psychique et comportementale) et un trouble caractéristique dont on connaît bien les particularités au cours de l'enfance. De toute façon, il est admis aujourd'hui que l'adolescence vient apporter au tableau clinique des spécificités. Étonnamment, dans ce passage de l'enfance à l'adolescence, les manifestations relevant du déficit de l'attention semblent peu à peu dominer celles qui relevaient de l'hyperactivité ;

– ensuite, les signes diagnostiques (DSM-IV : ≥ six symptômes de l'hyperactivité-impulsivité et/ou inattention) se présentent souvent différemment, et l'évolution des symptômes n'est pas prise en compte dans les critères habituels des classifications. D'où le fait que dans l'évaluation d'une rémission, celle-ci peut tout autant être due à une véritable rémission qu'à des symptômes apparemment différents ;

– approximativement 77 % des patients adultes présentent des critères de comorbidité qui contribuent aux difficultés de diagnostic.

Certains se sont néanmoins essayé à décrire un tableau plus caractéristique de ce trouble au moment de l'adolescence (L.L. Greenhill, 1998) :

– fort sentiment d'agitation interne plutôt que des comportements d'hyperactivités ;

– remise à plus tard, présentation d'un travail scolaire mal organisé et sans suite ;

– grande difficulté à travailler de façon autonome ;

– mauvaise estime de soi ;

– difficultés dans les relations aux pairs ;

– intolérance à la frustration ;

– troubles spécifiques d'apprentissage ;

– comportement peu modifié par les récompenses ou les punitions ;

– comportements à risque ;

– apparente indifférence à prendre soin de soi (blessures, accidents à répétition) ;

– difficultés et *clashes* avec l'autorité.

Il faudrait ajouter à ce tableau un « piège diagnostique » : l'utilisation abusive de cannabis. Aujourd'hui, face à l'adolescent ayant ce comportement, il faut savoir interroger l'adolescent et ses parents sur ce qui s'est passé au cours de l'enfance et repérer si besoin les manifestations antérieures

évoquant ce trouble qui aura été ou non diagnostiqué. Dans ce cas, grâce à son comportement addictif, l'adolescent aura trouvé une « auto-thérapie » à son agitation. Le paradoxe évidemment est qu'un des effets du cannabis est la baisse de la concentration. Un cercle vicieux ainsi s'installe chez ce type d'adolescents.

ÉVOLUTION DE L'ADOLESCENCE À L'ÂGE ADULTE

Sur un suivi de treize ans, R. Barkley et coll. (2004) montrent que le TDAH chez l'enfant puis l'adolescent est un facteur de risque pour des conduites antisociales et que la comorbidité avec le TC est un facteur de risque supplémentaire pour les consommations et le trafic de produits illégaux chez le jeune adulte (source d'information : les parents). Les adolescents garçons avec un TDAH et un TC ont un risque d'évolution vers la criminalité (arrestation, incarcération) à l'âge adulte beaucoup plus élevé que les sujets témoins, risque encore majoré en cas de faible QI et de statut socio-économique familial défavorable (Satterfield et coll. 2007). Les études rétrospectives à partir d'adultes présentant des conduites psychopathiques et antisociales graves vont dans le même sens : on retrouve de façon significative des antécédents de TDAH et de TC dans l'enfance et l'adolescence de ces sujets qui présentent des conduites délinquantes répétées (H. Soderstrom et coll., 2004).

POINT DE VUE PSYCHOPATHOLOGIQUE ET PSYCHODYNAMIQUE

Quel que soit le facteur causal essentiel, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité touche l'adolescent dans la représentation qu'il a de son corps, de sa capacité à penser et même plus largement de l'image qu'il a de lui-même, qu'il donne aux autres et que les autres ont de lui. Il n'est pas étonnant de voir que les conséquences de ce trouble survenant dans l'enfance, lorsque le sujet devient adolescent, portent en particulier sur une atteinte manifeste de l'estime de soi et donc du narcissisme et sur une difficulté de liens intrapsychiques, comme le manifestent en particulier certains adolescents, anciens enfants hyperactifs, chez lesquels on rencontre une prédominance de mécanismes de clivage pouvant déboucher sur une véritable organisation borderline de la personnalité. Inversement à l'adolescence, mais sans doute également dans l'enfance, on peut comprendre les deux principaux symptômes de ce trouble comme pouvant servir de mécanismes défensifs : l'hyperactivité comme défense comportementale contre les affects négatifs (angoisse, dépressivité) et l'inattention comme défense cognitive contre les représentations psychiques de mal-être.

TRAITEMENT

Nous pouvons déduire de ce qui a été dit précédemment, que les soins apportés à ces adolescents hyperactifs doivent s'inscrire dans une démarche globale ne se limitant pas à la seule prescription d'un médicament. Ce dernier peut être néanmoins tout à fait utile à condition, encore plus qu'au cours de l'enfance, qu'il s'inscrive dans une alliance thérapeutique bien évidemment avec l'adolescent mais aussi incluant les parents. À la prescription de ce médicament doivent s'associer une approche éducative, éventuellement psychomotrice, mais aussi psychothérapeutique en raison des effets que ce « trou » dans la construction de la personnalité et l'élaboration de la subjectivité peut occasionner.

NOTION D'ÉTATS LIMITES

Parler des États Limites chez l'adolescent nécessite une connaissance préalable des États Limites de l'adulte, aussi bien dans leurs aspects historiques que cliniques, psychodynamiques, étiopathogéniques. Sans s'étendre ici à l'excès sur les caractéristiques des États Limites chez l'adulte qu'on trouvera décrites dans d'autres ouvrages (D. Marcelli, 1981 ; J.F. Allilaire, 1985), nous rappellerons toutefois l'essentiel, pour la compréhension de ce cadre nouveau appliqué à l'adolescent.

Les États Limites se sont progressivement dégagés des psychoses et des névroses par deux voies différentes, mais qui se sont trouvées convergentes. La plus ancienne est d'inspiration psychiatrique : très tôt en effet les psychiatres confrontés à l'éclosion schizophrénique au début de l'âge adulte, se sont préoccupés d'un dépistage le plus précoce possible de cette maladie. Ils ont été ainsi conduits d'une part à analyser le passé des malades avérés pour dépister dans leur personnalité antérieure le filigrane de l'organisation pathologique actuelle, et d'autre part à rechercher au sein d'une population normale des signes mineurs pouvant faire craindre l'éclosion morbide ultérieure. C'est à partir de cette préoccupation à la fois anamnestique et catamnestique que sont apparues les notions de schizoïdie et de schizothymie. Les travaux de Kretschmer en Allemagne, ceux de Minkowski ou de Claude en France répondent à ce souci. De glissement en glissement on est ainsi arrivé à décrire des personnalités appartenant encore au registre du normal mais porteuses de traits psychologiques les rapprochant de malades avérés, puis des personnalités légèrement pathologiques sans toutefois présenter le tableau complet (état préschizophrénique, schizophrénie incipiens).

L'autre voie de dégagement de ce concept est représentée par le courant psychanalytique, en particulier américain dès 1940-1945. La démarche fut ici totalement différente, la réflexion venant des déboires suscités par la cure

analytique chez des patients apparemment névrotiques. En effet, les analystes se trouvèrent confrontés à une série de patients dont l'indication d'analyse était portée devant un ensemble de symptômes et de souffrances plutôt évocateur d'une névrose, mais qui se comportaient pendant la cure plutôt comme des patients psychotiques développant une psychose de transfert, caractérisée par les profondes altérations de la relation patient-thérapeute. Afin de prévenir, ou du moins de prévoir, de telles évolutions, divers analystes cherchèrent à isoler au sein des conduites initiales, ce qui pouvait en constituer les prémices. Il importe de bien saisir ici la différence fondamentale par rapport à la position précédente : la préoccupation n'est plus celle d'un repérage sémiologique essentiellement centré sur l'existence latente ou patente d'un état schizophrénique, mais de repérer, aussitôt que possible, des distorsions dans la dynamique d'une relation devant faire craindre l'établissement d'un lien particulier entre patient et thérapeute. Ces deux courants d'essence fondamentalement différente se sont toutefois accordés sur l'appellation prévalente de « Borderline » dans les pays anglo-saxons, d'« États Limites » en France.

En ce qui concerne la clinique des États Limites nous ne ferons que citer : 1) l'importance de l'angoisse ; 2) l'existence de multiples symptômes névrotiques protéiformes au sein d'une sexualité en général peu satisfaisante pour le sujet ; 3) l'importance de la symptomatologie dépressive ; 4) la facilité au passage à l'acte d'où la fréquence des tentatives de suicide et des actes délictueux ; 5) l'établissement facile d'une relation de dépendance aux drogues diverses, à l'alcool ; 6) la possibilité d'épisode de décompensation transitoire mais rapidement régressif (épisode confusionnel transitoire, trouble du comportement impulsif).

Cet ensemble symptomatique plutôt vague et extensible il faut bien le reconnaître, trouve son unicité dans le fonctionnement mental des sujets. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la prévalence des mécanismes mentaux dits archaïques où domine le clivage. Les autres mécanismes cités sont principalement l'identification projective, l'idéalisation, le déni. Ces mécanismes ont comme résultat d'affaiblir le moi lui retirant une partie de son potentiel d'adaptation (O. Kernberg, 1979). Les relations d'objets du patient « limite » sont dominées par l'anaclitisme de cette relation (J. Bergeret, 1985) ; elles se font avec les objets partiels, tantôt idéalisés, tantôt au contraire dévalorisés, avec de brusques changements de l'un à l'autre.

Les hypothèses étiologiques centrent en général leur attention sur l'impossibilité d'accéder à l'ambivalence névrotique avec l'inquiétude et la culpabilité envers l'objet que sous-tend cette accession.

Le clivage est compris comme un mécanisme actif pour lutter contre cette souffrance dépressive, pour éviter l'inquiétude et pour ne pas avoir à faire face aux nécessités de la réparation. Il maintient activement séparés bons et mauvais objets. Mais la persistance de ce clivage provoque les déviances déjà citées dans l'organisation psychodynamique du sujet (affaiblissement du moi, archaïsme du surmoi, conflits prégénitaux, etc.).

Soulignons donc que, concernant les États Limites de l'adulte : 1) le modèle de compréhension est avant tout psychanalytique ; 2) l'étiopathogénie trouve son explication dans une hypothèse ontogénétique liée au mouvement de la psychanalyse génétique. En effet, la majorité des auteurs travaillant sur ce sujet partagent un intérêt et des recherches sur le développement de l'enfant, compris le plus souvent à la lumière des travaux de M. Malher ; 3) la spécificité ne réside pas dans le tableau clinique, mais dans l'organisation conflictuelle, économique et dynamique sous-jacente : seul un abord psychanalytique peut donner la clé d'une telle compréhension.

POINTS COMMUNS ENTRE LE PROCESSUS DE L'ADOLESCENCE ET LES ÉTATS LIMITES

L'extension de ce nouveau cadre ainsi défini à la pathologie de l'adolescent repose sur une série de motifs spécifiques à cet âge.

Aspects cliniques

Cliniquement, les adultes « limites » sont parfois décrits comme des « adolescents attardés » ; en outre certaines conduites symptomatiques ne sont pas sans présenter d'étroites similitudes avec les principaux axes symptomatiques propres à l'adolescence. Citons à titre d'exemple la fréquence de l'angoisse, l'importance de la dépression, la prévalence du passage à l'acte, la fréquence des tentatives de suicide et des conduites toxicomaniaques… À l'extrême, la clinique des États Limites de l'adulte en vient à être décrite à partir des signes cliniques observés chez les adolescents ; ainsi P. Kernberg (1979) déclare « l'adulte "limite" ne diffère pas fondamentalement de l'adolescent, sauf dans l'accumulation de complications secondaires dues au cours de la vie (mariage, enfant, vicissitudes professionnelles) ».

Dynamique conflictuelle

La dynamique conflictuelle sous-jacente présente aussi des points communs. On peut ainsi citer :

– Dans les deux cas : un Moi en position de relative faiblesse : l'angoisse est toujours vive, la tolérance aux fluctuations de cette angoisse toujours minime et les capacités d'élaboration de cette angoisse en des processus psychiques sublimatoires souvent réduites. Ce Moi défaillant est confronté à des exigences pulsionnelles particulièrement vives ; chez tout adolescent, du fait de la crise pubertaire ; chez le patient limite, du fait de la non-tolérance à la frustration et du danger constitué par la non-satisfaction pulsionnelle ou

par l'exacerbation de la pulsion de mort (danger de destruction, d'anéantissement) ; en même temps, contrastant avec un Moi faible, le surmoi présente des exigences renforcées dans un cas comme dans l'autre : chez nombre d'adolescents, par l'aspect intransigeant de leur jugement (mouvement qu'a parfaitement décrit A. Freud à travers l'adolescent intransigeant et ascétique) ; chez les patients limites, par l'aspect tyrannique de ce surmoi directement issu de l'introjection d'une image parentale, en particulier maternelle, redoutable et redoutée.

– Dans les deux cas : un recours prévalant aux mécanismes de défense dits archaïques, au premier rang desquels se situe le clivage. Chez tout adolescent, du fait d'un besoin accru de se protéger de son conflit d'ambivalence centré sur le lien aux images parentales et pour disperser ses désirs génitaux afin de ne pas s'affronter à la menace incestueuse ; chez le patient limite, du fait du besoin vital de maintenir côte à côte, sans lien l'un avec l'autre, une bonne image de soi et d'objet profondément enfouie, cachée, et une mauvaise image de soi et d'objet agressive, destructrice, dangereuse, le clivage ayant pour rôle de préserver la bonne image de l'attaque destructrice des mauvaises images. À ce clivage, comme conséquence directe, s'associent divers mécanismes qu'on observe de façon plus modulée chez tout adolescent, mais de façon caricaturale chez les patients limites : la projection (de ce qui est mauvais sur l'extérieur), l'idéalisation (d'un bon objet tout puissant dont on sollicite la protection), l'omnipotence (qui permet au sujet de se sentir à l'abri de toutes menaces de rétorsion), le déni (des affects opposés, des pensées contraires), la dévalorisation.

– Dans les deux cas : un flottement dans l'identité et une fragilité narcissique ; chez l'adolescent, du fait des profondes transformations de l'image du corps, mais aussi du désinvestissement puis du deuil nécessaire des objets infantiles (les images parentales préœdipiennes et œdipiennes) ; chez le patient limite, du fait de l'utilisation excessive et défensive des mécanismes de clivage et de projection. Certains auteurs ont d'ailleurs tendance à assimiler la pathologie limite et la pathologie narcissique, ce que d'autres refusent.

GENÈSE DES TROUBLES

La genèse des troubles est étroitement liée à une distorsion dans le développement précoce de l'enfant comme nous l'avons déjà dit. La phase incriminée étant la difficulté d'accession à la position dépressive, à la triangulation œdipienne, à la phase de séparation-individuation. L'origine des troubles étant historiquement datée de cet âge précoce, il était logique après avoir décrit le tableau clinique des adultes, d'en rechercher la trace chez des individus plus jeunes (J. Masterson, 1974 ; D. Rinsley, 1981 ; P. Giovacchini, 1979 ; P. Kernberg, 1979).

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Plus encore que pour l'adulte, le cadre sémiologique des États Limites chez l'adolescent est flou. Une fois encore, il faut souligner que cette pathologie se repère non pas sur le décryptage sémiologique, mais sur l'évaluation du fonctionnement psychique. Les symptômes les plus fréquemment cités soit de façon explicite, soit à travers l'analyse des cas cliniques présentés sont les suivants :

– la fréquence de l'« agir » sous toutes ses formes, qu'il s'agisse de « passage à l'acte » dans son sens habituel (*cf.* chap. 5, Le problème de l'agir et du passage à l'acte, ainsi que le paragraphe précédent) ou de tendance à l'agir tel que l'agitation, l'instabilité. Les tentatives de suicide sont souvent relatées dans les observations, en particulier les tentatives de suicides récidivantes ;

– la fréquence des conduites marginales et/ou délinquantes : toxicomanie, appétence médicamenteuse excessive, délinquance plus ou moins organisée et répétitive ;

– la fréquence des difficultés scolaires : échec scolaire durable, refus scolaire, phobie scolaire (*cf.* chap. 13, Les conduites psychopathiques ou trouble des conduites) ;

– les difficultés sexuelles, avec des conduites sexuelles chaotiques ou déviantes (homosexualité, travestisme), souvent dans un contexte de passage à l'acte (fugue) ;

– les manifestations centrées sur le corps : manifestations hypocondriaques intenses et durables, conduites anorectiques, boulimies compulsives ou même simplement accidents somatiques à répétition ;

– à l'opposé de ces conduites bruyantes, il faut aussi noter la fréquence de l'ennui, du désintérêt, du sentiment de vide, d'inutilité, pouvant provoquer un désintérêt pour les activités sociales ou scolaires. La dépression en tant que telle est rarement citée, mais on sait que sa symptomatologie est loin d'être évidente à l'adolescence (*cf.* chap. 9, Clinique) ;

– à mi-chemin entre la description clinique et l'interprétation psychopathologique, les auteurs relèvent la sensibilité de l'adolescent « limite » aux pertes, aux sentiments d'abandon. Le terme « dépression d'abandon » est même explicitement utilisé (J. Masterson, 1986) (*cf.* chap. 8).

LE CONTEXTE FAMILIAL

Les auteurs reconnaissent tous l'importance des interactions familiales et l'existence de perturbations plus ou moins profondes dans ces interactions. Il faut noter que, s'agissant de la description de la famille, il est souvent difficile de faire la part entre, d'un côté ce qui relève d'une description clinique des interactions actuelles, et de l'autre les hypothèses pathogéniques concernant la reconstruction du passé des adolescents « limites ». On note

l'existence dans les antécédents parentaux de conduites pathologiques souvent similaires : tentatives de suicide, alcoolisme, dépression, épisode confusionnel ou psychotique transitoire. Le couple parental est décrit en général comme dysharmonique, l'un des parents apparaissant comme dévalorisé ou déchu. La mésentente, la séparation parentale sont fréquentes. Il ne semble pas que ces perturbations concernent plus le père ou la mère. Le diagnostic d'État Limite chez les parents est souvent posé (Masterson). Ainsi on retrouve souvent des antécédents de carence affective et/ou éducative, qui sans être constants sont fréquents.

La relation entre l'adolescent « limite » et ses parents, en particulier la mère, est profondément teintée d'ambivalence : il existe fréquemment une extrême dépendance à la fois à la personne et à l'image parentale (fréquente idéalisation parentale) entrecoupée de velléité d'autonomie agressive et dévalorisante. Le fonctionnement projectif est souvent prévalent dans ces familles, tant du côté des parents que de l'adolescent (*cf.* chap. 16, p. 452).

Actuellement, dans le cadre de la théorie de l'attachement, on décrit chez ces adolescents des modèles d'attachements essentiellement désorganisés.

L'APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Cette approche et les conclusions qui en découlent constituent le fondement même du cadre des États Limites. Nous reprendrons en partie la description structurelle et dynamique faite par P. Kernberg (1979) en distinguant d'un côté les mécanismes de défense utilisés et de l'autre les conséquences de cette utilisation privilégiée dans les relations d'objets et sur le processus de développement de l'adolescent.

Les mécanismes de défense

Tous les auteurs signalent la persistance des mécanismes de défense dits primitifs, au premier rang desquels *le clivage*. Ce maintien du clivage rend compte de certaines conduites du sujet telles que les brusques passages d'un extrême à l'autre dans l'appréciation affective d'autrui, les jugements à l'emporte-pièce sans modulation possible, l'instabilité et la labilité apparente dans les différents secteurs de la vie. Bien évidemment se trouvent ainsi pérennisées des images clivées, images de soi et d'objets totalement bonnes d'un côté, images de soi et d'objets totalement mauvaises de l'autre.

Au clivage, autant pour le maintenir que pour le renforcer, d'autres mécanismes viennent s'ajouter : 1) *l'idéalisation* de l'objet avec lequel l'adolescent établit une relation de dépendance, de soumission ou d'inclusion grandiose ; 2) *l'omnipotence* qui permet au sujet de se sentir à l'abri de toutes menaces de rétorsion ; 3) *le déni* des affects opposés, des pensées contraires ; 4) *la dévalo-*

risation des autres, de soi, lorsque se trouve activée une séquence relationnelle, réelle ou fantasmatique, remettant en cause la perfection de l'objet idéalisé et le renversant en son contraire ; 5) enfin et surtout, *la projection* des parties mauvaises du soi et des objets sur l'extérieur, sur certains objets qui deviennent de ce fait menaçants. Ceci justifie le renforcement du clivage et des autres mécanismes suscités aboutissant à des cercles vicieux qui renforcent en spirale l'effet du clivage, de la projection, de l'idéalisation, etc.

La vie affective est ainsi dominée par l'irruption de sentiments violents non modulés souvent non modulables qui doivent être satisfaits dans l'instant ou à défaut expulsés immédiatement. Les affects de frayeur, de méfiance, de colère, de rage, d'impuissance sont les plus souvent ressentis.

Contrairement aux adolescents psychotiques l'épreuve de réalité (*reality testing*) est préservée tout en étant d'une qualité particulière à cause des mécanismes archaïques : si la réalité est perçue dans son aspect externe, ses contours géographiques, en revanche son contenu qualitatif est en général brouillé du fait de l'identification projective. Il en résulte un estompage dans les limites de soi et des autres, estompage qu'E. Erickson (1972) appelle « l'identité diffuse » (*cf.* chap. 1, Les modèles de compréhension).

Selon O. Kernberg (1979) la permanence de l'objet n'est pas acquise : il importe cependant de distinguer ici la permanence de l'objet au sens où l'entend l'école de psychologie génétique piagétienne (notion cognitive de la permanence matérielle de l'objet), de la permanence de l'objet libidinal au sens où l'entend l'école de psychanalyse génétique de Malher. Dans cette seconde optique cela signifie que l'image de l'objet libidinal (en particulier l'image maternelle) est intrapsychiquement disponible à tout moment, même en l'absence physique de cet objet (pour Malher la permanence de l'objet libidinal n'est pas acquise avant 2 ans 1/2-3 ans). Chez le patient limite, le bon objet libidinal intériorisé est toujours menacé dans son existence et sa permanence par les attaques agressives et destructrices du mauvais objet interne. Le rôle du clivage est précisément de maintenir cette séparation entre bon et mauvais objet pour « protéger » ce bon objet interne fragile. À la fois cause et conséquence du clivage, la non-accession à la notion de permanence de l'objet libidinal présente de nombreuses conséquences :

– une dépendance extrême à l'égard de ces objets, une incapacité à surmonter les séparations, deuils et épisodes dépressifs consécutifs ;

– une entrave aux processus de réparation (qui impliquent le souvenir de l'objet avant qu'il ne soit endommagé) ;

– une difficulté d'intérioriser des images totales modulées et modulables ;

– une difficulté au plein épanouissement des processus cognitifs : ainsi les notions du temps ou de la réversibilité restent d'accession difficile aux patients « limites ».

Organisation topique

L'organisation topique est dominée par deux éléments : la faiblesse du moi, l'exigence et la sévérité du surmoi.

« La faiblesse du moi » est dénoncée par tous les auteurs anglo-saxons qui se situent dans le courant théorique de l'« *ego psychology* » hartmanienne. Cette faiblesse du moi se traduit par la médiocre capacité du moi de faire face à l'angoisse, l'incapacité relative de tolérer la frustration d'où découle une difficulté à contrôler les impulsions. P. Kernberg signale toutefois que ce manque de contrôle, contrairement aux sujets adultes, n'est pas toujours chez l'adolescent le témoin d'une faiblesse du moi, mais qu'il peut aussi être utilisé pour provoquer divers états affectifs que le moi cherche à éprouver. Enfin, la faiblesse du moi entrave la capacité de synthèse, l'activité de liaison de ce moi.

Contrastant avec un moi faible, l'existence d'un surmoi archaïque, exigeant et tyrannique est noté (P.L. Giovacchini 1979 ; O. Kernberg, 1979). Ce surmoi est directement issu des images parentales archaïques, en particulier de l'image maternelle. Cet archaïsme se traduit par une sévérité excessive à l'égard d'un moi jugé défaillant, par un système de référence utilisant avant tout la loi du talion plutôt qu'un système de valeur abstrait. En terme plus trivial, si l'adolescent « limite » ne présente pas de conduite délinquante, marginale ou chaotique, c'est parce qu'il a peur de la présence physique du gendarme (qui peut être sa mère ou une autre personne de la famille telle qu'une grand-mère) et non pas parce qu'il a intégré un système de valeur personnel. Ce surmoi archaïque juge en général avec sévérité et dévalorisation les instances moïques et l'image de soi d'où la nécessité pour l'individu d'un système narcissique idéalisant défensif.

Le système narcissique particulier des sujets « limites » est largement évoqué à tel point que certains auteurs ne font pas de distinction entre la pathologie dite limite et la pathologie dite narcissique (J. Bergeret, 1985). À l'évidence, il existe ici une conjonction entre la problématique narcissique de tout adolescent et certaines caractéristiques de la pathologie limite. Le système narcissique (*cf.* chap. 1, Le narcissisme) de l'adolescent est particulièrement fragile comme en témoignent l'importance de l'idéalité et des idéalisations, la place de l'idéal du moi, le flottement dans les niveaux de l'estime de soi (passant parfois de l'autosatisfaction béate à la dévalorisation plus ou moins complète). Chez l'adolescent « limite » ce système est renforcé à cause de l'archaïsme du surmoi et de la faiblesse du moi. Afin de protéger son narcissisme, l'adolescent aura tendance à ériger un système d'idéalisation défensif aboutissant au maximum à ce « soi grandiose » décrit par H. Kohut (1974). Toutefois certains auteurs (O. Kernberg) tiennent à maintenir la distinction entre la pathologie narcissique proprement dite (caractérisée par ce soi grandiose incluant le moi actuel, le surmoi et l'idéal du moi) de la pathologie limite (où l'idéal du moi reste distinct du surmoi et du moi avec de nombreux secteurs clivés). De son côté, M.E. Laufer (1981) propose une distinction non pas selon un point de vue

topique, mais selon un point de vue génétique et dynamique. Selon cet auteur, on pourrait considérer que la pathologie de l'adolescent « limite » résulte de la perte d'un investissement libidinal particulièrement intense de l'image du corps infantile, perte provoquée par les modifications pubertaires. En revanche, les troubles narcissiques de la personnalité chez l'adolescent proviendraient d'un défaut ou d'un manque d'investissement libidinal satisfaisant de l'image du corps infantile et d'une défense qui tente de compenser ce manque en utilisant de façon prématurée le surmoi comme source substitutive de satisfaction accompagnée d'un désir intense de se passer de l'objet manquant. Il est vrai que dans cette seconde hypothèse, certaines fonctions du surmoi et de l'idéal du moi paraissent en partie confuses.

Le point de vue dynamique et les relations d'objets

Certains auteurs se réfèrent d'abord à une conception dynamique et conflictuelle avec la notion de « *breakdown* à l'adolescence » (M.E. Laufer, 1981) : il s'agit d'une menace de rupture dans la continuité de la représentation du soi et de l'image du soi (en particulier l'image du corps), mais aussi dans la continuité des investissements de soi et d'objet. Ce « *breakdown* » est une véritable menace psychotique quasi permanente à l'adolescence (*cf.* chap. 11, Les différents états psychotiques). Il se traduit par la prévalence des pulsions agressives dirigées contre le corps sexué et secondairement contre le nouveau rapport aux objets internes que la transformation pubertaire impose. Cette menace dans la continuité des représentations explique en partie « la faiblesse du moi » déjà évoquée, et rend compte également de la diminution de la tolérance aux frustrations et à toute montée de tension chez l'individu. La rupture, la défaillance du fonctionnement psychique constituent une menace qui guette de façon commune l'adolescent d'un côté, le patient limite de l'autre, et *a fortiori* l'adolescent limite. Cet adolescent limite ressent le danger permanent d'un renoncement au travail psychique métaphoro-métonymique pour laisser le champ à une expression/projection pulsionnelle directe faisant l'économie de ce travail de représentation et de symbolisation.

L'adolescent limite a tendance à agir « son corps », à agir les mots et les représentations afin d'éviter ou plutôt de dénier tout ce travail de perte et de deuil qu'implique l'utilisation des symboles et des représentations. Hana Segal a bien montré que l'utilisation du symbole s'accompagne de la reconnaissance d'une limite, d'un écart, celui qui existe entre le représentant et la chose représentée : en d'autres termes, l'utilisation d'un symbole traduit pour H. Segal l'acceptation de la perte de l'union primitive ou de la fusion symbiotique avec l'objet idéalisé omnipotent et tout puissant. L'acceptation de cette perte provoque d'abord une souffrance qui doit être tolérée. Précisément, l'adolescent limite veut traiter les mots comme s'ils étaient les affects eux-mêmes, afin de n'avoir pas à éprouver cette souffrance dépressive qu'instaure l'écart entre

l'affect et le représentant qui s'y associe : il est douloureux pour l'adolescent limite de tolérer un affect sans qu'il ne soit aussitôt lié à une représentation totalement satisfaisante (sorte de protoreprésentation qui figurerait l'union idéale à un objet idéal immédiatement gratifiant), ou encore de tolérer qu'une représentation n'adhère pas totalement, intégralement à un affect (sorte de représentation d'union idéalisée nirvanique), ou encore, et surtout, de tolérer le temps qui sépare l'éprouvé affectif du moment où émerge une représentation satisfaisante. Ce temps en souffrance, ce temps de souffrance nécessitent que l'individu tolère ses pulsions, tolère la frustration : ce temps représente l'essence même du travail psychique. Pour ne pas éprouver ce temps en souffrance, l'adolescent limite cherche à rester sur la crête de la protoreprésentation, sur cette ligne fragile du signifiant de démarcation où l'affect et son représentant fusionnent dans une émission artro-phonatoire, véritable acte de langage dont le risque précisément est de s'inverser soudain en langage d'un acte au moment de la renonciation au travail psychique et à la souffrance dépressive qui en résulte. Si à la lecture nous percevons aisément cette inversion (acte de langage - langage d'un acte), il n'est pas sûr que le patient limite en prenne aisément conscience car l'acte le libère en partie de l'affect et lui permet de faire l'économie d'une souffrance, c'est-à-dire d'une attente. Une des caractéristiques des patients limites, qui est d'utiliser une succession d'introjects plutôt qu'une séquence mentale intériorisée sous forme de représentation d'une scène. Les introjects sont des sortes de concrétions, fragments de soi ou d'objets dont il s'agit de se défendre essentiellement par la projection, mais qu'il est difficile pour le patient d'organiser en séquences durables, continues, contrairement à ce que fait le patient névrotique avec la représentation mentale d'une scène intériorisée.

De son côté, J. Bergeret (1985) met en avant chez les adolescents limites une carence du fonctionnement « imaginaire » qui aboutit à une incapacité à constituer « un objet interne triangulairement et sexuellement efficient », ce qui provoque une fixation à « un objet externe magique et tout puissant dont on doit tout attendre, c'est-à-dire tout redouter… Cette carence du fonctionnement imaginaire s'accompagne d'une exacerbation du fonctionnement comportemental ». En effet, l'adolescence est le « seul moment historique et psychogénétique de passage entre les lignes structurelles névrotiques et psychotiques ». L'organisation limite se met en place « lorsqu'il existe des situations d'organisation imaginaire où l'épigenèse interactionnelle ne permet pas d'établir une solidité structurelle de type soit névrotique, soit psychotique ».

Dans tous les cas, on comprend que les relations d'objets des adolescents « limites » soient profondément perturbées. Ces perturbations découlent de l'organisation topique et dynamique décrite ci-dessus, aussi serons-nous plus brefs : l'adolescent « limite », plus encore que tout adolescent, établit d'étroites relations de dépendance et d'anaclitisme avec un objet idéalisé, tout-puissant et protecteur, mais qui risque à la moindre défaillance d'être rejeté, dévalorisé. Les relations d'anaclitisme sont donc souvent chaotiques, brusquement inversées.

La réciprocité dans les relations affectives est en général ignorée, d'où des relations qui s'apparentent plus au parasitisme ou à l'accaparement qu'à un échange affectif. Le clivage des images d'objets et de soi aboutit à projeter sur l'environnement les qualités mauvaises et agressives, d'où la dimension fréquemment persécutive et paranoïde des relations que l'adolescent « limite » peut établir. La crainte de la loi du talion alimente encore cette position paranoïde. Cette particularité de ces relations d'objets est soulignée par de nombreux auteurs. Citons E. Brenas et F. Ladame (1985) : « L'incomplète différenciation des images de soi et des images d'objets ne leur permet pas d'intégrer un self autonome, et partant de s'individualiser… Déni, clivage, identifications projectives ont pour but de maintenir active cette mauvaise différenciation du self et de l'objet, sans pour autant les entraîner dans le chaos de la fusion totale, d'un vécu d'anéantissement dont le danger est toujours présent. »

En un mot, le type de relation d'objet de l'adolescent limite le conduit à établir des relations superficielles, tronquées, qui peuvent facilement se renverser de façon soudaine, l'ensemble ne faisant que renforcer les aspects pathologiques de l'organisation mentale. Bien entendu, ceci devient prépondérant dans l'abord thérapeutique comme nous le reverrons.

LES HYPOTHÈSES ONTOGÉNÉTIQUES

Les psychanalystes qui ont décrit les États Limites ont très vite adopté en ce qui concerne les hypothèses étiologiques un modèle de compréhension historique faisant de cette pathologie le résultat d'une distorsion des relations précoces entre l'enfant et son environnement, surtout la mère. De nombreux auteurs utilisant des références kleïniennes, situent la genèse des États Limites à une étape intermédiaire entre la position dépressive et la position schizoparanoïde. Concernant l'adolescent, le problème est un peu plus particulier car ceux qui ont travaillé sur ce sujet adoptent essentiellement un modèle de compréhension utilisant les recherches de M. Malher (J.F. Masterson, 1986 ; D. Rinsley, 1980 ; O. Kernberg, 1979). Pour ces auteurs la psychodynamique de l'adolescent normal correspond à un processus de développement lié à la reviviscence de ce qu'ils appellent un second processus de séparation-individuation (*cf.* P. Blos, chap. 1). Dans cette optique il est logique de renvoyer les achoppements actuels de l'adolescent « limite » à la première phase de séparation-individuation et à ses difficultés.

À l'adolescence, la reviviscence de ce processus de séparation-individuation renforce les sentiments et/ou les craintes d'abandon et « provoque un syndrome clinique qui s'exprime par le besoin de renforcer les défenses » (Masterson, 1986). Cet auteur décrit la « triade borderline » : l'adolescent est incapable d'affronter de façon satisfaisante le second processus de séparation-individuation (premier terme de la triade : aspect ontogénétique). Cette

incapacité et la confrontation à une telle crainte provoquent une angoisse et une réaction dépressive (deuxième terme de la triade : aspect descriptif et sémiologique). Face à cette angoisse et à la dépression, l'adolescent réagit en utilisant des mécanismes de défense particuliers (troisième terme de la triade : aspect psychopathologique dynamique). Ce syndrome s'observe encore plus intensément si, à cette fragilité inscrite dans l'histoire du sujet s'ajoutent ce que J.F. Masterson appelle des « facteurs précipitants » : une véritable séparation, une perte ou la nécessité de prendre des responsabilités individuelles, d'où l'importance des antécédents de carence. Ces hypothèses sont actuellement théorisées comme résultant d'un attachement pathologique : attachement désorganisé ou attachement ambivalent.

PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES

L'approche thérapeutique de l'adolescent « limite » doit souvent associer plusieurs techniques, étant donné la pathologie souvent grave de ces patients, pathologie dominée par les passages à l'acte dont le résultat essentiel est le risque de provoquer des interruptions ou des impasses thérapeutiques si le cadre du traitement n'a pas été rigoureusement défini. Très brièvement les auteurs s'accordent à reconnaître la nécessité fréquente d'une double approche :

– une psychothérapie d'inspiration analytique ;

– une série de mesures dites institutionnelles de type hospitalisation, foyer, hôpital de jour, quand la pathologie du patient, la nature des interactions familiales nécessitent un cadre mieux limité, cadre dont un des rôles essentiels est de permettre la poursuite dans de bonnes conditions de la psychothérapie.

La psychothérapie

Bien que difficile à mettre en place et à conduire, elle représente l'étape essentielle. La majorité des auteurs proposent une psychothérapie d'inspiration analytique en face à face (O. Kernberg, F. Ladame, P. Jeammet). Plus rares sont les auteurs qui proposent une psychanalyse avec son cadre traditionnel. Tous mettent en avant l'importance d'une interprétation dans « l'ici et maintenant », des perturbations intrapsychiques et interpersonnelles telles qu'elles apparaissent dans le transfert. Ce n'est qu'après avoir clarifié ces défenses, en particulier après avoir interprété le transfert négatif, que les reconstructions génétiques à partir du passé du patient pourront être proposées.

Les particularités des relations d'objets observées chez les adolescents limites (*cf.* p. 347) ainsi que le déploiement précoce de ce transfert négatif rendent compte de l'insistance dont font preuve plusieurs auteurs sur la délimitation rigoureuse et précise du cadre thérapeutique dès le début du traitement : fréquence hebdomadaire des séances, durée et stabilité de ce

cadre. En effet, les identifications projectives du patient, ses conduites successives de clivage, d'idéalisation, de dévalorisation… risquent de brouiller les limites entre patient et thérapeute, engageant ceux-ci dans un transfert de type psychotique. Le cadre rigoureusement défini aura alors la fonction vitale de contenant et de limitant d'un tel transfert. Il assure aussi une certaine pérennité, survivant par son intangibilité aux « attaques » successives du patient et rassurant ce dernier sur les limites de son agressivité et de la destructivité fantasmatique qu'il s'attribue. De façon plus spécifique, concernant les adolescents limites par rapport aux adultes borderline, certaines défenses sont mises en avant. O. Kernberg signale ainsi la tendance de l'adolescent « limite » à utiliser la différence des générations entre lui-même et le thérapeute adulte, comme un écran : ainsi le patient peut estimer que le thérapeute pense, se conduit ou le traite exactement comme le font ses parents, point de vue qui est moins une reconnaissance d'un mouvement transférentiel qu'une tentative d'éviter d'en prendre conscience en englobant tous les adultes dans des portraits stéréotypés simplistes.

Le second niveau de défense essentiel à interpréter est le système d'identification projective qui par exemple se traduit en clinique par la tendance de l'adolescent à traiter le thérapeute de la même manière désobligeante, dévalorisante, impuissante que le font ses parents, lui-même se considérant à l'aune de ses images parentales comme triomphant, grandiose et sadique. Ces moments particuliers où se trouve activée une ancienne relation d'objet partiel, doivent être interprétés d'abord dans l'interaction entre patient-thérapeute, puis secondairement reliés à l'interaction patient-famille.

Les hospitalisations et autres thérapies institutionnelles

Elles peuvent être ponctuellement nécessaires pour protéger et maintenir la poursuite de la psychothérapie. Hospitalisation plus ou moins brève, hôpital de jour, séparation de la famille avec installation dans un foyer, etc. Toutes ces mesures seront prises de préférence par un second thérapeute ou par une équipe distincte du psychothérapeute. En cas d'hospitalisation, J.F. Masterson et D.B. Rinsley repèrent trois temps essentiels dans l'approche thérapeutique institutionnelle, dont la compréhension et l'analyse sont utiles au patient y compris dans la dynamique de la psychothérapie individuelle : 1) une période d'évaluation où cliniquement domine la manœuvre de mise en acte de la part du patient ; 2) une période de « perlaboration » où s'amorce un mouvement dépressif ; 3) une période de séparation correspondant à la sortie prévue de l'institution dominée par la recrudescence de l'anxiété à cause de cette prochaine séparation.

L'hospitalisation ne doit toutefois être réservée qu'aux patients les plus perturbés, ou ceux chez lesquels les interactions avec l'entourage renforcent constamment les conduites les plus pathologiques.

CONCLUSION

Le cadre des États Limites connaîtra probablement la même extension chez l'adolescent que chez l'adulte ou chez l'enfant à propos des prépsychoses. Il importe donc d'en repérer clairement les références théoriques afin de pouvoir l'utiliser avec pertinence. En effet, à titre d'exemple il n'y aurait pas grand intérêt à opposer dans une discussion diagnostique l'hypothèse d'une psychopathie et celle d'un État Limite : il peut s'agir du même patient, simplement le point de vue théorique et le regard porté sur les conduites cliniques n'est pas le même. Dans le cas des États Limites, le diagnostic se fait en référence à un type de fonctionnement mental ou plus précisément à un type de relation d'objet : dans un tel cadre le symptôme est une conduite, et représente le témoin, la voie finale commune d'une relation intériorisée précise dont le rapport à un type d'organisation mentale se situe à des niveaux variables. Ainsi se trouvent mis en question non seulement la corrélation symptôme-syndrome habituelle à une certaine nosographie psychiatrique, mais aussi la corrélation symptôme-structure mentale qu'on retrouve parfois dans certaines approches psychopathologiques. Cette interrogation est ici doublement pertinente d'une part en raison du continuum caractéristique de tous les processus mentaux, mais aussi en raison de la fluctuation de la psychopathologie à l'adolescence. L'intérêt des États Limites à l'adolescence n'est pas de « boucher un trou » entre les psychoses et les névroses (il y aura toujours des « trous » dans les classifications nosographiques portant sur les processus psychiques), mais bien de sensibiliser le clinicien en situation d'investigation à la valeur relative du symptôme, et à la nécessité de rechercher derrière chaque conduite, dans le *hic et nunc* de l'entretien, la signification et la fonction occupée par cette conduite dans la dynamique de la relation : il s'agit donc d'une clinique de la relation éclairée par l'apport conceptuel psychanalytique, seul système pertinent lorsqu'on évoque un État Limite chez un adolescent.

BIBLIOGRAPHIE

BRENAS E., LADAME F. : Les adolescents borderline : diagnostic et traitement. *Psychiat. Enf.*, 1985, *28*, 2, 485-512.

DELVENNE V. : De l'hyperactivité dans l'enfance à la dépressivité à l'adolescence *Psch. Enfant*, 2007, *50*, 1, 81-96.

MASTERSON J. : Sur les traces de la triade borderline (p. 37-60). *In* : *La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui* (F. LADAME et Ph. JEAMMET Éd.). PUF, Paris, 1986, 1 vol., 234 p.

POLANCZYK G., SILVA DE LIMA M., LESSA HORTA B. et coll. : The Worldwide prevalence of ADHAD : a sytematic review and metaregression analysis, *Am. J. Psychiatry,* 2007, *164*, 942-948.

WHITTINGER N., LANGLEY K., FOWLER T. et coll. : Clinical Precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 2007, *46*, 2, 179-187.

ALLILAIRE J.F. : Les États Limites. *EMC : Psychiatrie*, 1985, 37395, A10, 16 p.

BARKLEY R., FISHER M., SMALLISH L., FLETCHER K. : The persistence of attention-deficit/hyperactivity disosder into young adulthood as a function reporting source and definition of disorder. *J. Abnorm. Psychol.,* 2002, *111*, 279-289.

BARKLEY R., FISHER M., SMALLISH L., FLETCHER K. : Young adult follow-up of hyperactive children : antisocial activities and drug use. *J. Child Psycholog. Psychiatry,* 2004, *45*, 2, 195-211.

BAUERMEISTER J.J., SHROUT P., CHAVEZ L. et coll. : ADHD and gender : are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *J. Child Psycholog. Psychiatry,* 2007, *48*, 8, 831-839.

BERGERET J. : Post-adolescence et violence. *In* : *Adolescence terminée, adolescence interminale.* Ouvrage collectif sous la direction d'A.M. ALLEON, D. MORVAN, S. LEBOVICI. PUF, Paris, 1985, 1 vol.

GIOVACCHINI P.L. : The Sins of the Parents : The Borderline Adolescent and Primal Confusion. *In* : *Adolescent Psychiatry*, 1979, vol. 7, 214-223.

GREENHILL L.L. : *J. Clin. Psychiatry*, 1998, 59 (suppl. 7), 31-41.

KERNBERG O. : Psychoanalytic Psychotherapy with Borderline. *In* : *Adolescent Psychiatry*, 1979, vol. 7, 294-321.

KERNBERG P. : Psychoanalytic Profile of the Borderline. Adolescent. *In* : *Adolescent Psychiatry*, 1979, vol. 7, 234-256.

KERNBERG O. : *Les troubles limites de la personnalité.* (Traduction : D. Marcelli). Privat, Toulouse, 1979, 1 vol

KOHUT H. : *Le Soi, la psychanalyse des transferts narcissiques,* PUF, Paris, 1974, 1 vol.

LAUFER M.E. : The Adolescent's use of the Body in Object Relationships and in the Transferance : comparison of Borderline and Narcissistic Modes of Functioning. *Psychoanal. Study Child*, 1981, *36*, 163- 180.

LAUFER M.E. : The Breakdown. *Adolescence*, 1981, *1*, 1, 63-70.

MARCELLI D. : *Les États Limites.* PUF, Paris, 1981, 77 p.

MARCELLI D. : Adolescence et État Limite. *Synapse*, 1985, *18*, 26-34.

MASTERSON J.F. : Diagnostic et traitement du syndrome « Borderline » chez les adolescents. *Confront. Psychiat.*, 1971, *7*, 125-155.

MASTERSON J.F. : Intensive Psychotherapy of the Adolescent with a Borderline Syndrome. *In* : *American Handbook of Psychiatry* (S. ARIETI, Éd.). Basic Books, New York, 1974, vol. 2, 250-263.

RINSLEY D.B. : Diagnostic and treatment of Borderline and Narcissistic children and adolescents. *Bull Menninger Clinic*, 1980, *44*, 147-170.

RINSLEY D.B. : Borderline Psychopathology the concepts of Masterson and Rinsley and beyond. *In* : *Adolescent Psychiatry*, 1981, vol. 9, 259-274.

SATTERFIELD J., FALLER K., CRINELLA F. et coll. : A 30 year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems : adult criminality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 2007, *46*, 5, 601-610.

SODERSTROM H., SJODIN AK., CARLSTEDT A., FORSMAN A. : Adult psychopathic personnality with chidhood-onset hyperactivity and conduct disorder : a central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Research*, 2004, *121*, 271-280.

VAN LIER P., VAN DER ENDE J., KOOT H., VERHULST F. : Which better predicts condict problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *J. Child Psycholog. Psychiatry,* 2007, *48*, 6, 601-608.

15 INTRODUCTION À L'ÉTUDE DE L'ADOLESCENT DANS SON ENVIRONNEMENT

La quatrième partie de cet ouvrage est consacrée à l'étude de l'adolescent dans son environnement. Il s'agit d'un champ d'investigations particulièrement délicat à cerner parce qu'à cet âge précis la référence aux facteurs déclenchants environnementaux est très fréquente sinon constante dans l'évaluation psychopathologique d'une conduite particulière. Comme nous l'avons dit dans le chapitre introductif, le modèle sociologique est l'un des modèles de base de compréhension de l'adolescence ; certains sociologues vont même jusqu'à déclarer que l'adolescence constitue un phénomène purement social, propre au modèle de développement et au modèle éducatif adopté par nos sociétés occidentales (*cf.* chap. 1, Le modèle sociologique). Il va de soi qu'ainsi définie, l'adolescence devient totalement dépendante de l'environnement et en grande partie déterminée par celui-ci. Certes, ce point de vue sociologique semble pertinent pour comprendre des phénomènes touchant un grand nombre d'individus (par exemple, mouvement hippy des années 60), et pour tenter d'appréhender la signification de ces phénomènes dans leur ensemble ; en revanche, face à l'individu, face à un adolescent, l'utilisation du seul modèle sociologique pour tenter d'appréhender le sens d'une conduite particulière risque de lui ôter toute signification historique individuelle et familiale.

D'une certaine manière, on aliène l'individu adolescent au groupe social et culturel auquel il appartient : les conduites de l'individu ne sont que l'expression des pressions environnementales sans que l'individu lui-même en soit le dépositaire à travers son histoire personnelle et familiale. Mais il est tout aussi vrai qu'on risque à l'inverse de donner une signification excessive à certaines conduites de l'individu si on ne les éclaire pas des conditions environnementales où elles sont apparues, et attribuer une signification pathologique à ce qui peut n'être que conformité à des normes sociales externes à l'individu. Comme

toujours le renvoi dos à dos de deux modèles de compréhension, sociologique et collectif d'un côté, psychopathologique et individuel de l'autre, est plus appauvrissant qu'enrichissant. Toutefois, il n'est pas toujours facile pour le clinicien d'effectuer ce va-et-vient entre l'évaluation des conditions environnementales d'un côté et le sens pour l'individu d'une conduite particulière de l'autre. Pour notre part, il nous semble qu'à l'adolescence on observe fréquemment une profonde modification dans la capacité de tolérance de l'environnement vis-à-vis des conduites souvent anciennes, mais exprimées de manière nouvelle par l'adolescent. Nous avons déjà discuté ces divers points dans *Enfance et psychopathologie*.

À l'adolescence, les remaniements psychiques importants ont pour conséquence une fragilité relative de l'équilibre psychoaffectif. Cette fragilité ou cette sensibilité du système psychique présente un avantage important : celui de permettre peu à peu une spécificité de fonctionnement. L'adolescent, de ce point de vue, ne nous paraît pas très différent du nourrisson dont Bowlby souligne la plasticité initiale des systèmes de comportement, plasticité qui permet une adaptation progressive par stabilisation des séquences interactives les plus pertinentes en fonction de l'environnement. De même que la plasticité des conduites du nourrisson lui permet la meilleure adaptation possible à son milieu familial, de même la relative plasticité des conduites sociales de l'adolescent lui permet d'optimiser son adaptation aux conditions d'environnement. Toutefois, le prix de cette plasticité est bien évidemment la relative fragilité du système, et par conséquent sa vulnérabilité. Le concept de vulnérabilité, conjoint aux concepts de compétence et de facteurs de risque d'abord introduit et utilisé chez le nourrisson et le jeune enfant (*cf. Enfance et psychopathologie*) est aussi utile pour mieux comprendre la psychopathologie à l'adolescence, et tenter de mieux cerner l'ancienne notion de « pathologie réactionnelle ». Toutefois l'entité « trouble réactionnel » est plus souvent utilisée pour l'enfant que pour l'adolescent, même si les facteurs d'environnement sont fréquemment considérés comme des éléments incitatifs des diverses conduites déviantes de l'adolescent. Il faut noter en outre que de nombreux auteurs, en particulier les auteurs anglo-saxons, à la suite des travaux d'E. Erikson, préfèrent parler de « troubles situationnels » pour montrer qu'il s'agit de troubles en rapport à une situation particulière, mais d'une part sans en inférer un déterminisme causal particulier (comme le sous-entend la notion de réaction), et d'autre part sans définir une organisation structurelle précise (s'opposant donc aux troubles structurés).

Dans un type de conceptualisation assez différent, ces positions sont cependant reprises par divers auteurs qui essaient d'articuler la psychopathologie de l'individu avec ses déterminants environnementaux, qu'il s'agisse de la famille ou du proche espace social. Ainsi P. Jeammet (1980) évoque la notion « d'espace psychique élargi » : pour cet auteur, l'adolescent abandonne à certaines personnes de son entourage tel ou tel part de ses instances psychiques cherchant à obtenir par le biais de l'extérieur des satisfactions pulsionnelles ou

à l'opposé des limitations surmoïques qu'il ne peut s'autoriser ou s'imposer lui-même. Selon l'auteur ce passage par l'extérieur est différent de l'identification projective car il est plus global et plus superficiel, mais il rend l'adolescent à la fois plus dépendant et plus sensible aux conditions d'environnement. La quête de « l'âme sœur » avec le fantasme de complétude qu'elle sous-tend en constitue un exemple clinique. Du fait de la nature particulière des liens que l'adolescent noue avec son environnement, il devient particulièrement dépendant et vulnérable aux pressions et changements que cet environnement peut provoquer : ainsi la perte du lien de complémentarité que représente cette « âme sœur », peut provoquer une cassure dans le développement et des dégâts corrélatifs extrêmes. Il devient alors, on le conçoit, particulièrement difficile de vouloir faire un partage simpliste entre les facteurs d'environnement et la psychologie ou psychopathologie individuelle.

Pour F. Ladame (1980), la pathologie de l'adolescent doit être comprise constamment dans une double perspective : d'un côté la pathologie de l'adolescent renvoie fréquemment à des vicissitudes inscrites dans le premier développement, mais d'un autre côté l'actualisation de cette pathologie à l'adolescence révèle les défauts de l'environnement présent. Les tentatives de suicide de l'adolescent constituent une illustration de cette approche dynamique : ainsi selon F. Ladame, la tentative de suicide correspond à un moment particulier marqué par la coalition entre les mouvements psychoaffectifs internes et les conditions environnementales actuelles, coalition entre « le dedans et le dehors » (*cf.* chap. 10, Les tentatives de suicide).

On voit à travers ces exemples le risque d'une excessive généralisation du concept de pathologie réactionnelle ce qui aboutirait à inclure dans cette cinquième partie de l'ouvrage la quasi-totalité de la psychopathologie de l'adolescent. En revanche, la prise en considération des conditions externes peut permettre de comprendre le choix de telle ou telle conduite symptomatique sous réserve de distinguer les divers paliers intervenant dans leur genèse. Nous proposons de distinguer trois niveaux essentiels :

LES FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES PARTICULIERS

Il s'agit ici des conséquences des premières relations d'objet sur l'organisation psychique de l'individu ; la nature de ces premières relations d'objet influe sur le type actuel de relation d'objet que l'adolescent établit avec son monde environnant. À titre d'exemple, on peut considérer que la conduite toxicomaniaque renvoie à une relation d'objet précoce marquée du sceau de la dépendance, tandis que la conduite psychopathique renvoie à des relations d'objet précoce marquées par la projection et la conduite suicidaire à des relations précoces marquées de l'ambivalence et du retournement sur soi de l'agressivité.

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX

Ce sont toutes les situations relevées par les enquêtes épidémiologiques qui conduisent à une augmentation des taux de morbidité : niveau socio-économique, structure légale de la famille (présence de deux parents, ou décès d'un parent, ou divorce, etc.), maladie physique ou mentale d'un des parents, etc. On retrouve de tels facteurs de risques dans de nombreuses conduites de l'adolescent. Dans le cas des trois conduites ci-dessus évoquées, les facteurs de risques généraux jouent un rôle évident pour la psychopathie et les conduites suicidaires, et un rôle peut-être moins marqué pour les conduites toxicomaniaques.

LES FACTEURS FACILITANTS OU FACTEURS D'INCITATION

Il s'agit des conditions externes temporaires, qui au moment de l'adolescence peuvent entraîner ou à l'opposé contrarier telle ou telle tendance chez l'individu. A. Freud déclare à propos de l'adolescence : « les désirs sexuels et agressifs autrefois refoulés font surface et sont réalisés, l'action se déroulant en dehors de la famille, dans un horizon plus large. Que ce passage à l'acte se joue sur un plan inoffensif, idéaliste, asocial ou même criminel, *dépendra avant tout des nouveaux objets auxquels l'adolescent s'est attaché.* En général, les aspirations du leader du groupe d'adolescents ou du gang sont adoptées avec enthousiasme et sans critique » (A. Freud, 1958) (le passage est souligné par nous). Ainsi la bande par le processus d'unification de ses membres peut favoriser l'expression de certaines conduites chez des individus qui ne les auraient pas extériorisées dans d'autres conditions. Reprenant les trois exemples déjà cités on peut considérer que ces facteurs d'incitation seront le révélateur des conduites toxicomaniaques ou psychopathiques : ainsi la possibilité de se procurer assez facilement de la drogue est un facteur d'incitation qui entraîne l'adolescent prédisposé (celui dont la structure psychique est organisée autour de la relation de dépendance), mais qui aussi peut induire une consommation de drogue chez celui qui a évolué dans un milieu à risques (facteurs de risques généraux). De même un environnement social facilitant (banlieue urbaine, bande d'adolescents désœuvrés et marginaux) peut induire des conduites délinquantes. En revanche, il est possible d'émettre l'hypothèse qu'en l'absence de facteurs d'incitation la tentative de suicide peut représenter le mode d'agir de l'individu exposé aux seuls facteurs de risques généraux.

La prise en compte de ces trois niveaux :

– les facteurs psychopathologiques, internes et individuels ;
– les facteurs de risques généraux, familiaux et socio-économiques ;
– les facteurs d'incitation, environnementaux et actuels ;

permet, nous semble-t-il, une compréhension plus précise et progressive des rapports entre l'individu et son milieu que la notion de trouble réactionnel, trop vague et extensive.

Nous limiterons cette quatrième partie à l'étude de quelques axes particuliers où l'environnement joue un rôle important. Après avoir regroupé dans un premier chapitre l'étude de l'adolescent dans sa famille, nous aborderons successivement l'adolescent et les structures scolaires, les rapports entre adolescent et le système judiciaire, l'adolescent face aux conditions sociales de vie, enfin l'adolescent et le monde médical.

BIBLIOGRAPHIE

ERIKSON E.H. : Growth and crisis of the healthy personality in identity and the life cycle. *Psychological Issue*, 1959, *1*, 1.

FREUD A. : Adolescence. *In* : *L'enfant dans la psychanalyse.* Gallimard, Paris, 1976, 1 vol.

JEAMMET Ph. : Réalité externe et réalité interne : Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, *44*, 3-4, 481-521.

LADAME F.G. : L'adolescent en psychanalyse : résistances intérieures et résistances extérieures. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, *44*, 3-4, 571-579.

16 L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE

LES RELATIONS ADOLESCENTS-PARENTS ET LEURS ENJEUX

Une des particularités de l'adolescent est d'être une personne qui réclame avec vigueur son autonomie et individualité, mais qui reste encore profondément dépendant du cadre familial de son enfance. La place des relations familiales, de la structure familiale, de la personnalité des parents, est très vite apparue comme l'un des facteurs déterminants de ce qu'on appelle la « crise de l'adolescent ». De nos jours, l'évaluation de l'environnement familial d'un adolescent en difficulté doit être incluse dans l'ensemble de l'approche clinique. La diffusion récente des thérapies familiales, qu'elles soient d'inspiration systémique ou psychanalytique, a montré que leur pertinence était particulièrement grande lorsqu'il y a un adolescent « malade » dans le groupe familial ; la maladie de cet adolescent est souvent en rapport avec des craintes ou des menaces (réelles ou fantasmatiques) pesant sur la cohésion de la famille, non seulement cohésion des parents, mais aussi de la fratrie et des grands-parents.

D'un point de vue simplement épidémiologique, les diverses enquêtes statistiques mettent en évidence l'incidence des situations familiales anormales (au sens de la norme sociale) sur la fréquence des troubles des conduites de l'adolescent. Ainsi M. Rutter et coll. (1961) notent que les difficultés psychologiques pendant l'adolescence sont associées à divers indices de pathologie familiale : divorce ou mésentente parentale chronique, maladie mentale parentale, instabilité des parents, etc. Qu'il s'agisse des tentatives de suicide (*cf.* chap. 10), du groupe des toxicomanes (*cf.* chap. 13, La toxicomanie) ou des conduites de type psychopathique (*cf.* chap. 12, p. 355), toutes les enquêtes citent la fréquence de ces distorsions. À titre d'exemple, Davidson relève dans la famille des adolescents suicidants un pourcentage anormalement élevé : 1) de séparation familiale ; 2) de suicide ou pathologie

parentale diverse ; 3) d'alcoolisme parental ; 4) de situation de migrant (*cf.* p. 551).

Enfin, les enquêtes « autoconfessées » faites chez les adolescents « à problème » montrent qu'il existe un taux d'insatisfaction très élevé à propos de leurs parents : ils les trouvent trop ou pas assez sévères, trop inaccessibles ou trop envahissants… Le taux d'insatisfaction est nettement plus élevé que dans la population d'adolescents dits « normaux ». Dans l'ensemble, on peut dire que plus l'adolescent manifeste un comportement pathologique ou déviant, plus les relations entre cet adolescent et ses parents semblent insatisfaisantes, conflictuelles et médiocres.

Toutefois, il faut bien reconnaître que la totalité des adolescents traversant ou non des difficultés établissent des relations plutôt conflictuelles avec leurs parents. On peut même dire que cette conflictualité fait partie du mouvement psychoaffectif de l'adolescent. A. Freud résume parfaitement ce point de vue : « j'admets qu'il est normal pour un adolescent d'avoir pendant très longtemps un comportement incohérent et imprévisible, … d'aimer ses parents, et de les haïr, de se révolter contre eux et de dépendre d'eux, d'être profondément honteux de sa mère devant d'autres, et de façon inattendue de désirer lui parler à cœur ouvert… Je pense qu'il faut lui laisser le temps et la liberté de trouver lui-même son chemin. Ce sont plutôt les parents qui ont besoin d'aide et de conseils pour le supporter. »

L'importance des relations familiales étant notée, on peut de façon en partie schématique distinguer trois types de position : 1) d'un côté certains auteurs comprennent les conflits relationnels entre parents et adolescents comme la conséquence du processus de l'adolescence, c'est en quelque sorte l'adolescent qui entre en conflit et s'oppose à ses parents ; 2) d'un autre côté des auteurs de plus en plus nombreux ont tendance à considérer que les conflits adolescents-parents témoignent, quand ils atteignent une certaine intensité, aussi bien de difficultés chez l'adolescent à assumer sa croissance et son autonomisation que de difficultés chez les parents à surmonter ce qui a été appelé la « crise du milieu de la vie » ou la « crise parentale » ; 3) d'autres enfin estiment que les conduites déviantes de l'adolescent résultent en grande partie des attitudes pathologiques parentales.

Ces trois points de vue ne sont certes pas incompatibles ; mais selon chaque adolescent et chaque famille, l'un d'eux paraît souvent plus pertinent. Nous les envisagerons successivement.

LE CONFLIT AVEC LES PARENTS COMME PARTIE PRENANTE DE LA « CRISE D'ADOLESCENCE »

« La réorganisation sur une nouvelle base des relations avec les géniteurs constitue un des événements marquant de l'adolescence » (J. Burstin, 1976).

L'adolescent remet en cause la personnalité de ses parents : cette remise en cause représente la manifestation clinique et comportementale de la réorganisation intrapsychique, en particulier du remodelage des images parentales. Ainsi pour Th. Lidz (1969) il est normal et naturel que l'adolescent et sa famille soient en conflit. Qui plus est pour cet auteur : « la violence de la révolte est souvent une mesure de la pression nécessaire pour vaincre les liens qui unissent l'adolescent aux parents plutôt que l'indice de son hostilité à leur égard. »

L'adolescent doit convaincre non seulement ses parents, mais aussi une partie de lui-même qu'il n'a plus besoin d'eux et que désormais lui-même et ses parents sont différents, que leur lien est différent de ce qu'il était étant enfant. Dans l'évolution de cette relation interviennent les différents aspects du processus de l'adolescence : transformation corporelle pubertaire, accession à la maturité sexuelle, réveil du conflit œdipien et exacerbation des désirs-craintes des relations incestueuses, refus d'adhérer à l'image de l'enfant que proposaient jadis les parents, quête identificatoire à travers le groupe des pairs ou l'admiration d'un étranger…Toutefois comme le souligne Th. Lidz : « l'adolescent peut avoir besoin de déprécier ses parents, mais il ne souhaite pas les détruire comme modèle. L'estime qu'il a pour lui-même est étroitement liée à l'estime qu'il porte à ses parents. Il doit dépasser l'image des parents omniscients et parfaits qu'il avait dans son enfance ; mais il a toujours besoin d'un parent auquel il puisse s'identifier et qui lui servira de modèle pour sa vie d'adulte, et d'un autre parent dont il recherche l'affection et l'admiration. »

La majorité des parents sont au fait de ces revendications d'adolescents et modifient leurs attitudes et exigences en fonction de l'évolution de ces derniers. En quelque sorte ils accompagnent leur adolescent à travers sa crise. Ces conflits banaux entre parents et adolescents se caractérisent, comme le déclarait A. Freud dans la citation rapportée ci-dessus, par leur variabilité extrême, par le fait qu'ils sont souvent centrés de façon privilégiée sur l'un des parents et non les deux, par le maintien d'une relation souvent satisfaisante dans un secteur particulier (un intérêt culturel, sportif, politique, etc., commun), par la localisation du conflit aux parents tout en épargnant les grands-parents et la fratrie. En effet, au plan familial l'adolescent doit affronter une alternative paradoxale : d'un côté il doit rompre avec ses parents pour découvrir son identification d'adulte, mais de l'autre il ne peut retrouver les fondements de son identité qu'à travers l'inscription dans le mythe familial. Le rôle maturant du conflit entre l'adolescent et ses parents s'explique par le respect de la barrière intergénérationnelle (avec la reconnaissance de la limite qu'elle implique) et par l'inscription de l'individu dans un mythe familial (sur quoi se fonde son narcissisme). Certains auteurs rendent compte de la place privilégiée qu'occupent les parents dans la vie mentale de l'adolescent en introduisant la notion d'« espace psychique élargi » (Ph. Jeammet).

En revanche, dans certains cas l'opposition entre les deux parents et leur adolescent devient massive, totale, durable : elle diffuse alors à une opposition

globale envers tous les adultes, toute la société, etc. Les interactions risquent de se rigidifier, précipitant l'adolescent dans les conduites de plus en plus pathologiques.

LA QUESTION DU SECRET À L'ADOLESCENCE.

La notion de secret paraît banale et bien connue, ainsi définie par *Le Petit Robert* : « ensemble de connaissances, d'informations qui doivent être réservés à quelques-uns et que le détenteur ne doit pas révéler » (*Le petit Robert*, 1985). Dès l'enfance, l'être humain a le besoin et le désir d'avoir de petits ou parfois de plus grands secrets. Il s'agit de secrets qui le concernent personnellement, en particulier vis-à-vis de son entourage proche, ses parents. Il peut également s'agir de secrets qui concernent ses origines, sa famille, son contexte culturel ou social, ou encore un événement particulier, souvent traumatique, dont il a honte ou se sent coupable. Au fur et à mesure que le sujet avance en âge, il prend de plus en plus conscience de ce qu'il peut dire ou doit dire, de ce qu'il désire dire ou ne désire pas dire, et des enjeux de ces choix.

La question du secret se pose ainsi souvent à l'adolescence. On la retrouve à l'intersection de plusieurs espaces, individuel, familial, thérapeutique. Nous tenterons d'aborder ces différents espaces : le secret, comme enjeu dans la construction de l'individualité ; la question des « secrets de famille » ; et enfin, la problématique du secret dans la prise en charge thérapeutique.

Les secrets, un besoin de l'intime et un enjeu dans la construction de l'individualité. — Les secrets d'adolescence peuvent prendre différentes formes, avoir différentes fonctions et avoir des significations différentes selon l'histoire actuelle ou passée du sujet, avec la nécessité de prendre souvent en compte les effets d'après-coup que la nécessité de ces secrets semble contenir.

D'un point de vue psychologique et psychopathologique, il est utile d'envisager d'abord ce qui est le plus manifeste, c'est-à-dire le thème explicite du secret et ce qui est souvent lié à ce thème : l'adolescent a-t-il délibérément choisi de garder ce secret ou à l'inverse se sent-il obligé de le garder ?

Lorsque l'adolescent se veut délibérément possesseur d'un secret, ce dernier est généralement le garant de ce que représente pour l'adolescent sa vie privée avec les limites entre soi et les autres. Ce secret vient signifier qu'il a un espace psychique différencié de celui de son entourage. Il y a donc une fonction positive du secret : le secret peut être un garant de notre espace intime. Or on sait que l'adolescence comprend, dans son mouvement maturatif, une quête d'intimité, d'espaces différenciés des espaces familiaux ; une

quête de repères personnels se dégageant des référentiels parentaux. On perçoit très nettement ce travail de construction individuelle en observant le développement de l'enfant : du petit enfant, qui se livre sans réserve, spontanément à ses parents, à l'enfant qui développe un certain degré de pudeur, et choisit ce qu'il souhaite raconter à son entourage et ce qu'il préfère taire ; enfin, l'adolescent plus secret, qui cherchera à tout prix à préserver une part de son intimité physique et psychique des regards parentaux. Cette quête est d'autant plus importante que l'adolescent est confronté à des parents dont l'attachement ambivalent et anxieux les amène souvent depuis l'enfance à faire ressentir à leur enfant une insécurité quand la distance entre eux et lui s'accroît. La fameuse phrase « on frappe à la porte », que tout adolescent à un moment ou à un autre prononcera plus ou moins bruyamment à l'égard d'une mère ou d'un père qui n'ont pas suffisamment pris conscience que leur fille ou leur fils n'est plus un enfant, pourra prendre ici la forme d'une expression dont la violence sera à la hauteur de l'angoisse suscitée par l'intrusion.

Cet espace « privé » du secret devient plus complexe si l'on tient compte du contexte familial au sein duquel il se construit, et d'autre part du thème qui le constitue :

– contexte familial globalement sain : l'adolescent peut choisir d'avoir des secrets, concernant certains événements de sa « vie privée » ; en revanche, s'il subit un événement traumatique, il peut s'appuyer sur la disponibilité psychique de ses parents, et en parler s'il en ressent le besoin. De façon optimale, avoir un secret relève d'un choix économique : dans certains cas, l'adolescent sait qu'il tire un bénéfice à cacher des parties de lui à son entourage ; dans d'autres cas, il sait qu'il a avantage à les partager avec cet entourage, car certains secrets sont lourds à porter… ;

– contexte familial dysfonctionnant : l'adolescent ne choisit plus forcément ce qu'il souhaite cacher ou partager. Il s'adapte à son entourage et à ce qu'il pense être la capacité de ce dernier à supporter ses confidences, à les comprendre et à en apaiser l'éventuelle souffrance. Il peut alors, en fonction du type de dysfonctionnement familial, soit être en difficulté pour sauvegarder une part d'intimité du regard intrusif de sa famille, soit au contraire, se trouver seul, à ne pas pouvoir partager des événements y compris graves, faute de capacité de l'entourage à les entendre ou les contenir. Le secret subi n'est plus cet espace de construction de l'individualité, il peut au contraire devenir source de clivage externe entre soi et l'autre, projection, confusion ou désorganisation.

Cet espace « privé » du secret devient encore plus complexe si l'on retient que certains événements entraînent un bouleversement affectif et émotionnel débordant parfois les capacités intégratives du sujet. Pour se défendre, le sujet peut alors avoir recours au clivage interne entre la représentation et l'affect. C'est notamment le cas lorsqu'un événement traumatique survient. Un adolescent peut, par exemple, sembler évoquer l'abus sexuel incestueux dont il a été victime avec un apparent mais étrange détachement, car il a

réprimé, dénié ou isolé les affects dramatiquement intenses et destructeurs qui s'y rattachaient : vécu de meurtre, de honte, de haine, de culpabilité, sidération psychique et physique, etc. Certains adolescents n'abordent ce type d'antécédent qu'après plusieurs années de suivi, en partie car ils sont parvenus à en élaborer ou à en sublimer partiellement l'impact traumatique. « Ce qui ne peut se penser a évidemment beaucoup de mal à se dire, et il y a de l'indicible parce qu'il y a de l'impensable » (M.-C. Haan, 2001). L'adolescent ne sait donc pas toujours ce qu'il cache : l'événement douloureux ou les affects clivés et inconscients qui s'y rattachent. Cette problématique rejoint la précédente sur un point : il s'agit là encore d'un secret en partie subi car en partie inconscient, qui génère de la souffrance, et peut entraîner l'apparition de symptômes.

Les « secrets de famille : définition et problématique. — Les secrets de famille sont « des éléments d'information dont se sont approprié un ou quelques membres de la famille, en excluant activement les autres de leur connaissance » (J.-Y. Hayez, 2001). Longtemps péjorativement stigmatisée, leur conceptualisation a évolué au fil de la pratique clinique, pour aboutir actuellement à une vision plus nuancée.

Une réflexion critique doit être menée sur une certaine tendance de notre monde moderne, à promouvoir le « tout dire » : « tout dire est aujourd'hui synonyme de bien-être » (P. Lévy-Soussan, 2006). Or on a vu, plus haut, à quel point une partie de notre propre vie nous échappe à nous-même, sous la forme d'émotions de désirs, ou de conflits inconscients. Il ne suffit pas de tout dire, et à tous, ce qui rejoint nos réflexions initiales sur l'importance, pour chaque adolescent, de sauvegarder un espace d'intimité et de secret choisi.

C'est à partir de cette base que l'on peut traiter la question des fameux « secrets de famille » :

– *le secret, délimitation d'espaces générationnels différenciés* : taire un secret à son enfant n'est pas en soi ni *a priori* source de souffrance pathologique. Si le secret ne concerne pas directement l'enfant, et ne tient pas une place envahissante et délétère dans la psyché des parents, ne pas en parler à l'enfant peut relever tout simplement d'une protection éducative (J.Y. Hayez, 2001) : ce qui se passe « dans la chambre des parents » ne regarde pas les enfants… ;

– *le secret, source de souffrance* : en revanche, comme nous l'avons évoqué plus haut, si le secret est particulièrement lourd pour les parents, chargé d'affects douloureux et envahissants, il peut affecter l'ambiance familiale toute entière. Il s'agit souvent ici de secret que l'on pourrait qualifier de « secret de Polichinelle ». L'enfant sent qu'il y a un mal-être sur lequel aucun mot n'est posé. Il peut lui-même se sentir affecté sans bien comprendre pourquoi comme le remarquable roman de Grimbert *Un secret* le montre.

Enfin, reste cette part inconsciente de certains secrets, « ce qui introduit un autre niveau de complexité : qu'est-ce qui, au-delà de la partie manifeste du secret, va lui conférer une valeur pathogène? Il ressort clairement de la clinique que ce sont bien davantage, des sensations, des émotions, des affects tenus secrets, notamment les affects liés aux deuils, aux séparations, aux violences qui vont, par effet de déliaison, "affecter" les partenaires d'un groupe familial ou une descendance » (S. Hefez, 2001).

Le secret dans la prise en charge thérapeutique. — Dans la relation thérapeutique, la question du secret se présente au moins à deux niveaux. Le niveau le plus apparent concerne le secret qui lie le thérapeute à son patient, ici l'adolescent. Celui-ci tâche de construire son individualité et par là même est sensible à préserver son espace psychique intime. On pourrait aller jusqu'à penser que toute parole d'adolescent prononcée dans le cadre d'une relation thérapeutique est un « acte » secret. En pratique, un thérapeute doit être soucieux, une fois l'adolescent vu seul, de ne recevoir les parents qu'avec son accord et en sa présence. Sinon ce dernier peut perdre la confiance qu'il a parfois difficilement construite en son thérapeute, peut élaborer des fantasmes de trahison ou d'intrusion, sources de rupture thérapeutique. Ceci est d'autant plus vrai que l'adolescent a confié ce qu'il a appelé lui-même un secret à son thérapeute. Ce dernier doit être attentif à la fois à respecter ce « cadeau », cette confiance que l'adolescent lui a manifestée tout en tentant de faire comprendre à cet adolescent combien certains de ses secrets peuvent être source d'angoisse, de culpabilité et de « déliaisons ». Évidemment lorsqu'il s'agit de secret s'inscrivant dans une problématique médico-légale, le thérapeute doit s'inscrire lui-même dans le respect de la loi en amenant l'adolescent à partager avec lui ce respect.

Mais la question du secret peut se présenter et se comprendre à un autre niveau dans la prise en charge thérapeutique. « Nous avons des secrets dont nous n'avons pas conscience » (P. Lévy-Soussan, 2006, p. 164)… On pourrait définir ainsi l'existence de l'inconscient, en chacun de nous. La prise en charge thérapeutique doit donc permettre au sujet de prendre conscience progressivement de ce qu'il « cache » ou « se cache à lui-même » et qui le fait souffrir. Il est important d'être à l'écoute du rythme et des résistances du sujet, car il ne s'agit pas de révéler à tout prix et à n'importe quel moment ce que l'on pressent de sous-jacent au discours du sujet. Encore une fois, l'espace du secret, qui rejoint en partie l'espace inconscient du sujet, délimite aussi son intimité, qu'il faut savoir respecter.

De même, dans une prise en charge familiale, si l'on pressent ou si l'on découvre l'existence de secrets familiaux, il faut avant tout interroger les raisons qui ont conduit à cette absence d'information : choix d'un parent car il estime que la question ne regarde pas son enfant; car il se sent débordé par les affects liés à ce secret, et incapable d'en parler à son enfant; car il craint que la famille entière ne se trouve entachée par cette révélation, et ne se

disloque ; car il reste inconscient de la charge émotionnelle liée à un événement important, et transmet ce débordement émotionnel malgré lui sans même s'en rendre compte (P. Lévy-Soussan, 2006, p. 139-144), etc.

Il importe donc d'analyser avec les parents et/ou l'adolescent ce qui les a conduits à constituer un espace de secret et de travailler les conditions de cette constitution, afin qu'elles prennent sens pour les uns et pour les autres. Alors seulement, il pourra et/ou ils pourront (les parents, l'adolescent et les parents) dans une plus grande liberté, choisir et non subir, de maintenir ou pas ce secret.

INTERACTION ENTRE CRISE PARENTALE ET PROBLÉMATIQUE DE L'ADOLESCENT

Dans cette seconde optique le conflit parent-adolescent n'est pas regardé simplement comme le résultat d'un processus de l'adolescence, mais comme le témoignage de difficultés tant chez les parents que chez les adolescents. Ainsi H. Prosen et coll. (1981)mettent en relation la crise du milieu de la vie chez les parents et la crise chez l'adolescent. R.L. Shapiro considère que les défaillances dans le processus d'autonomisation de l'adolescent sont à mettre sur le compte de défaillances similaires dans l'autonomie du moi des parents. A. Braconnier et D. Marcelli (1980) ont décrit une « crise parentale » se développant en miroir à celle de l'adolescent. F. Ladame (1978) évoque l'importance des projections parentales comme facteur de perturbation chez l'adolescent. Plusieurs hypothèses implicites ou explicites sous-tendent ces travaux : 1) d'une part, la réalité externe occupe une place considérable dans l'équilibre psychoaffectif de l'adolescent. L'évaluation psychodynamique de ce dernier doit tenir compte du contexte environnemental, en particulier familial ; 2) d'autre part, il peut se produire un renforcement pathogène entre crise parentale et crise de l'adolescent : l'une majore l'autre et *vice versa*, avec pour risque final d'ancrer plus ou moins fermement l'un des acteurs dans un rôle pathologique ; 3) enfin, la conséquence thérapeutique est claire : dans une telle perspective, la nécessité d'un abord thérapeutique du groupe familial est évidente, même si les modalités en sont variables selon les auteurs : guidance parentale, psychothérapie de soutien ou d'inspiration analytique pour l'un des parents ou les deux, thérapie familiale selon un modèle analytique, thérapie systémique du groupe familial restreint (parent avec adolescent) ou élargi (parents + adolescent + fratrie + grands-parents…) (la thérapie familiale sera envisagée p. 648).

La crise du milieu de la vie est au centre des travaux d'auteurs qui reprennent les notions d'Erickson, pour qui l'ensemble de la vie se décrit comme un processus fait d'une série de stades ou d'étapes. Chaque stade représente

une tâche psychique définie et se traduit par une crise particulière. Ce point de vue utilise la notion « d'épigenèse » : organisation progressive de l'individu qui est une construction dépendant à la fois du programme génétique et des matériaux et informations mis à sa disposition par l'environnement. Pour Erickson, « l'épigenèse » se poursuit toute la vie. La crise du milieu de la vie (« midlife crisis ») ou « crise de la maturité » (45-55 ans) survient en même temps que la crise des adolescents ce qui provoque parfois de profondes perturbations familiales, voire même des éclatements de la cellule familiale : cet éclatement est normal lorsqu'il s'agit du seul départ des adolescents hors du « toit familial » ; il peut aussi aboutir à un éclatement du couple parental. Pour H. Prosen et coll. (1981) cette crise du milieu de la vie se caractérise en particulier par la soudaine perception de la brièveté du temps et par la réévaluation des ambitions de l'individu qui sont la traduction de son idéal du moi. Selon Neugarten, au cours de la crise du milieu de la vie, la vie se réorganise en fonction du temps qui reste plutôt qu'en fonction du temps déjà écoulé. Non seulement il y a un renversement dans la direction, mais une conscience que le temps est limité. Sur le plan clinique, on peut dire que c'est l'âge du bilan, l'âge où la pensée et la réflexion deviennent des moyens de maîtrise prévalents, remplaçant l'action. Mais l'angoisse du temps qui passe, l'angoisse face à la crainte d'une baisse de la sexualité, le moindre intérêt éveillé par le partenaire sexuel habituel, lui aussi vieillissant, l'attrait suscité par la sexualité de l'adolescent, entraînent assez souvent des conduites déviantes : chez l'homme on constate l'apparition soudaine et imprévisible de conduites sexuelles tumultueuses, de recherches d'aventures. Chez la femme s'ajoute le problème de la disparition des règles pouvant susciter, soit le sentiment d'une sexualité amoindrie ou dévalorisée avec une identité féminine limitée, soit au contraire un sentiment de liberté, d'explosion des sentiments œdipiens avec une sorte de sexualité adolescente.

Ces parents vont se trouver face à leurs adolescents qui provoquent en eux des émois intenses, réveillant des pulsions œdipiennes, d'autant que la ressemblance de l'adolescent avec l'un de ses grands-parents, c'est-à-dire le propre père ou mère du parent peut être frappante. Parmi les motifs qui peuvent détourner le parent de son conjoint, H. Prosen cite : le fait d'avoir des enfants devenus adolescents et qui suscitent une excitation sexuelle, réveillant les pulsions incestueuses caractéristiques des conflits œdipiens ; le souvenir de la mère quand elle était jeune ; le sentiment subjectif de la brièveté du temps ; le besoin d'agir et de prendre des risques avant qu'il ne soit trop tard ; enfin le rappel du conflit œdipien à travers la jalousie du père à l'égard de sa fille ou de la mère à l'égard de son fils.

À cette crise centrée sur la réélaboration de la sexualité s'ajoute fréquemment un mouvement dépressif dû aux multiples pertes, là encore réelles ou fantasmatiques que les parents subissent à cette période de leur vie. Parmi celles-ci, deux pertes sont particulièrement importantes ; il s'agit d'un côté des propres parents des parents (grands-parents de l'adolescent) et de l'autre

des enfants des parents (les adolescents eux-mêmes). En effet, les grands-parents sont souvent âgés, malades ou proches de la mort. Il n'est pas rare que leurs décès surviennent lorsque leurs petits-enfants sont devenus adolescents. D'un autre côté l'adolescent va quitter ses parents. Nous reverrons ce point.

Parents et adolescents se trouvent ainsi confrontés à une crise où sont remis en question les fondements de l'identité de chacun, les modes de résolution du conflit œdipien, le choix d'objet sexuel antérieur. Cette crise, nous l'avons nous-mêmes décrite dans des travaux antérieurs (1979, 1980) la nommant « crise parentale » et nous en avons dégagé les principaux points conflictuels qui correspondent aux grandes lignes de la crise de l'adolescent.

La crise parentale. — Les parents sont confrontés brusquement à toute une série de tâches. Ils doivent passer progressivement d'une relation enfant-parent à une relation adulte-adulte, même si celle-ci reste toujours marquée d'un lien de filiation. Un réaménagement relationnel considérable doit donc être effectué. Le père ou la mère devra renoncer à la projection sur son enfant d'une partie de ses propres désirs infantiles, renoncer aussi à la satisfaction de la « toute-puissance parentale » qui provient en partie de l'idéalisation nécessaire que l'enfant faisait de ses parents. En même temps, ils se trouvent brutalement confrontés à l'explosion pulsionnelle de leur adolescent(e), ce qui peut réveiller en eux une problématique œdipienne incomplètement résolue : les interdits sont d'autant plus nombreux et vigoureux que les fantasmes incestueux sont plus proches, et que la sexualité de leur enfant est maintenant arrivée à maturité. Cette explosion pulsionnelle, les défenses dont se sert l'adolescent, tout cela peut rappeler à l'adulte sa propre adolescence, et susciter chez lui une augmentation d'angoisse et un renforcement de ses propres défenses, s'il ne peut tolérer la remémoration à laquelle il est nécessairement confronté. Il sera ainsi incapable de l'identification empathique qui permet au parent dont l'aménagement pulsionnel est moins conflictuel d'accompagner l'adolescent dans sa crise. Plusieurs aspects psychodynamiques peuvent être décrits dans cette « crise parentale ». Nous décrirons ainsi successivement :

– la dimension pulsionnelle, qui est marquée par le réveil chez les parents de leur propre problématique œdipienne et dont l'aspect interactif actuel se traduit par le fantasme de l'« inceste possible » ;

– la dimension moïque, marquée par les pertes multiples que subit le « moi » des parents à cette période de la vie et le travail de deuil qui en découle ;

– la dimension de régression temporelle, qui conduit les parents à se remémorer les souvenirs et les affects de leur propre adolescence ou à se défendre contre cette remémoration ;

– la dimension défensive, qui pousse les parents à faire preuve d'une tentative de maîtrise exacerbée, laquelle témoigne des contre-investissements nécessités par le réveil des zones de conflits et de souffrance précédentes ;

– la dimension symbolique enfin, qui illustre la dette que chaque génération contracte envers la précédente avec les modalités variables de son acquittement.

1) **La dimension pulsionnelle : « l'inceste possible ».** L'un des parents prend parfois très brutalement conscience de la maturité sexuelle de son enfant. Aussi longtemps que l'immaturité physiologique se maintient, les désirs incestueux d'un parent à l'égard de son enfant peuvent être facilement déplacés et parvenir de ce fait à sa conscience ; jeu de caresses, câlineries diverses sont possibles et non angoissantes, dans la mesure où l'un des partenaires est, de par sa physiologie, immature. C'est tout autre chose à l'adolescence. De nombreux interdits parentaux à l'égard de leur adolescent et tout particulièrement en ce qui concerne la sexualité, traduisent un déplacement des propres interdits œdipiens des parents. D'autres parents projettent sur leur adolescent leurs propres désirs œdipiens, se sentent provoqués et ont tendance à sexualiser toutes les conduites de l'adolescent.

Au niveau du couple mère-adolescent, nous voyons également un déplacement d'un désir incestueux maintenant possible dans les crises de colère ou les crises clastiques si fréquentes chez l'adolescent à cette phase. Il s'agit souvent de mères très proches de leur enfant, ayant avec eux une relation qui se caractérise par une grande proximité corporelle, dont l'aspect équivoque n'est pas perçu tant que l'enfant est sexuellement immature. En revanche, lorsque émergent les désirs sexuels réalisables, désirs que l'adolescent exprime de façon agressive, mais peu voilés, ces mères sont effrayées, angoissées de leurs propres désirs incestueux, et réagissent par la froideur, le retrait d'affection, ou en favorisant chez leur enfant une régression enfantine protectrice. Là aussi l'émergence pulsionnelle devient encore plus effrayante pour l'adolescent qui voit non seulement son monde interne se modifier, mais aussi ses objets d'amour habituels transformés. Il n'est certainement pas facile pour une mère de percevoir dans le regard de son adolescent un désir sexuel, sans en être effrayée ou affectée : il lui faut pour cela une grande sécurité interne.

Les fantasmes d'inceste sont bien sûr crûment explicités par la mère dans le cas de relation très pathologique, telle que la relation symbiotique d'une mère avec son adolescent psychotique, mais on les retrouve aussi chez des mères d'adolescents en crise, surtout lorsque la crise prend cette forme de colères clastiques. Très souvent, celles-ci ont lieu en présence de la mère ou d'un substitut.

2) **La dimension moïque : le travail de deuil.** Les parents doivent également accomplir un travail de deuil en retour de celui de leurs adolescents. Des projets ont souvent été élaborés en commun (parents-enfants). Ces projets sont remis en cause par l'adolescent, et les parents doivent eux aussi les moduler. La projection de l'idéal du Moi des parents sur leur fils ou leur fille

était un facteur constitutif de ces projets : cette remise en cause se traduit souvent par une orientation scolaire ou professionnelle qui n'est plus partagée par l'adolescent. Les parents seront donc contraints de renoncer, du moins en partie, à cet idéal projeté sur leur enfant, et dont celui-ci cherche à se dégager. Ainsi, l'adolescent lui-même se met à chercher en dehors des parents ses plaisirs, ses confidents, ses conseils et ses idéaux. Les difficultés d'élaboration de ce travail peuvent se manifester chez les parents sous la forme de critiques, de craintes ou d'agressivité vis-à-vis des autres images identificatoires de l'adolescent (copain ou copine, groupe, mouvement à activité idéologique).

C'est en quelque sorte à un double désengagement que parents et adolescents sont confrontés : d'une part les parents doivent moduler en fonction de la réalité leur idéal du Moi projeté sur l'adolescent, en même temps que celui-ci fait le deuil de cette idéalisation infantile dont il était porteur, d'autre part, l'adolescent doit remanier la toute-puissance et l'idéalisation protectrice dont il parait ses parents en même temps que ces derniers doivent accepter de ne plus être l'objet privilégié du choix de leur enfant.

Ce travail de deuil porte également sur la maturité génitale dont les parents n'ont plus le privilège, et sur l'image de leur corps par rapport à celui de l'adolescent(e) que nous avons décrit plus haut.

Ce deuil porte enfin sur les propres identifications des parents en tant que parents, c'est-à-dire des difficultés, mais aussi des joies qu'ils ont vécues dans cette situation de « géniteur », de créateur, d'éducateur, de confident ou de recours. Toute une partie de leur investissement est appelée à disparaître. Une situation concrète objective clairement cet aspect : il s'agit de celle des mères de famille, qui se trouvent confrontées concrètement lors de l'adolescence de leurs enfants, à un « chômage » au moins partiel. Plusieurs études ont montré que certaines mères pouvaient alors supporter difficilement ce changement, et être l'élément prévalent dans les difficultés que rencontrait chacun à cette période.

3) **La dimension de régression temporelle : la remémoration par les parents de leur adolescence.** Les parents sont confrontés à leur propre adolescence. Il est habituel de dire que l'adulte oublie facilement son adolescence, ou comme le montrent les psychanalyses d'adulte, qu'il se remémore peu les scènes chargées d'affects ou de conflits de cette période. Face à leur(s) adolescent(s), les parents vont être confrontés à cette levée de refoulement de leur propre adolescence. Cette possibilité de lever ce refoulement se sent particulièrement dans les foyers dont les parents vont mal supporter le remaniement de l'équilibre pulsion-défense de leur fils ou de leur fille. Ce retour du refoulé remet en jeu la force d'investissement et de contre-investissement que ces parents ont développé, variable selon le mode de sortie de leur propre adolescence, qui peut par exemple réveiller en eux une problématique œdipienne incomplètement résolue. Certains parents auront des difficultés à affronter la reviviscence de certaines forces pulsionnelles,

sexuelles ou agressives, qu'ils ont d'une façon ou d'une autre refoulées, contrôlées ou sublimées au prix d'une dépense psychique, énergétique et d'une certaine souffrance dont ils connaissent le prix. En effet, il ne s'agit pas seulement d'une réminiscence des souvenirs, il peut s'agir surtout d'une reviviscence des affects.

Cette levée du refoulement pourra aboutir, chez certains parents, à une crispation et un renforcement de leur position antérieure : le conflit ira alors en s'accentuant et pourra prendre l'aspect dramatique rencontré en consultation clinique ; à l'opposé, d'autres parents tolèrent la levée de ce refoulement qui se manifeste par une identification empathique à leur adolescent. Dans certains cas une ressemblance physique de l'adolescent avec l'un de ses grands-parents, tantes ou oncles, peut favoriser la levée de ce refoulement ; l'un des parents retrouve ainsi les affects qu'il avait pu éprouver à l'égard d'un de ses propres parents, frères ou sœurs. Cette identification transitoire peut conduire l'adulte soit à un renforcement de ses défenses (en particulier les traits caractériels), soit à une recherche de satisfaction substitutive (par exemple recherche d'une aventure amoureuse avec un jeune adulte ayant sensiblement le même âge que l'adolescent). On rejoint ici ce qui a été dit à propos de la crise du milieu de la vie.

4) **La dimension défensive : le désir de maîtrise.** Il est évidemment ravivé par la rupture de l'équilibre établi : la fuite de l'adolescent du milieu familial, l'agressivité sous-jacente, qui imprègne les nouvelles relations qui s'établissent entre l'adolescent et ses parents, la remise en cause par l'adolescent de la maîtrise des parents sur ses conduites, et parfois même ses affects. Ce désir de maîtrise est d'autant plus vif chez l'adulte qu'il est également la conséquence d'une résistance au changement que le mode de vie des adultes favorise, et qui s'accentue à mesure que l'âge va croissant.

Si l'interdiction de sortie de tel ou tel adolescent au-delà d'une certaine heure est justifiée par une crainte consciente, elle est souvent sous-tendue par ce désir de maîtrise qui peut être la source d'attitude réactionnelle, comme l'enfermement d'un adolescent dans sa chambre pour qu'il ne sorte pas.

Le désir de maîtrise peut se situer soit au niveau d'une maîtrise anale, c'est ce que l'on rencontre souvent dans les relations du père avec son adolescent, et qui se traduit par une tentative de contrôle plus ou moins omnipotente de la vie sociale, relationnelle, intellectuelle de ce dernier, soit à un niveau plus archaïque : maintien de la diade mère-enfant, ce que l'on rencontre évidemment plus souvent dans la relation de la mère avec son adolescent. Une illustration en est donnée par le constat fréquent des préoccupations portant sur les soins corporels et l'alimentation de l'adolescent chez des mères qui semblent retrouver là leur fonction maternante initiale.

5) **La dimension symbolique : le service de la dette.** Enfin, nous aborderons un dernier point, celui de la dette dont les parents attendent le

remboursement de la part de leur adolescent. En effet, les grandes lignes de tensions précédemment décrites, la confrontation aux fantasmes incestueux, le travail de deuil, le renoncement à la maîtrise, la remémoration de leur adolescence provoquent chez les parents une souffrance psychique évidente. Une des solutions, nous l'avons déjà dit, est la recherche, à l'extérieur de la famille, de satisfactions substitutives, en particulier par l'établissement de relation amoureuse nouvelle avec un partenaire dont l'âge est intermédiaire entre l'âge de la génération des parents et l'âge de la génération des adolescents. L'attente d'un remboursement de cette dette symbolique constitue une autre voie de compensation pour les parents. Elle constitue l'autre versant de la crise parentale et traduit l'ambivalence des divers investissements parentaux dans leurs enfants. Jadis ils attendaient de ceux-ci qu'ils pourvoient à leur vieillesse et leur assurent une protection sociale qu'eux-mêmes n'étaient plus en mesure de s'assurer. Certes, de nos jours la protection de la vieillesse est en grande partie garantie par la société, mais cette demande n'en reste pas moins vive, même si elle s'exprime de façon plus symbolisée. Les parents attendent de leur adolescent la réalisation d'une partie de leur propre désir (projection de l'idéal parental sur leur adolescent), mais ils attendent aussi que cette réalisation compense en partie les pertes qu'ils sont en train de subir, qu'il s'agisse de la perte de leur maîtrise sur cet enfant qui devient adulte, des atteintes narcissiques que le temps inflige à leur image, des déceptions dans leurs divers investissements objectaux, etc. Pour les parents, lors de l'adolescence de leurs enfants, arrive enfin, pensent-ils, le temps des récoltes. Mais pour les adolescents, ce serait plutôt le temps des semailles : la terre risque d'être retournée avant que les récoltes soient faites et engrangées.

Bien évidemment, le degré de métaphorisation de cette demande de remboursement varie d'une famille à l'autre, dépendant d'ailleurs beaucoup du niveau social et culturel de la famille. Parfois, il s'agit d'une exigence quasi matérielle : l'adolescent va enfin pouvoir et devoir payer de retour ses parents en les aidant matériellement ou financièrement à l'entretien de la maison. Ailleurs, la demande est plus symbolique et l'adolescent devra « travailler » à ses études pour poursuivre l'ascension sociale à laquelle les générations familiales précédentes ont elles aussi travaillé. Parfois, cette dette peut prendre un aspect paradoxal et plutôt négatif, ce qu'on pourrait exprimer d'une certaine manière par la loi du talion : « ce que nous avons vécu, toi adolescent tu dois le vivre aussi. » Les parents attendent que l'adolescent ressente et vive les mêmes choses comme pour s'en sentir eux-mêmes justifiés et libérés. Il est aisé de comprendre qu'une telle position correspond en général à des mécanismes de défense rigides et archaïques où la projection est prédominante : dans ces familles, en obligeant la génération des adolescents à vivre les mêmes mauvais affects, les mêmes conflits, les mêmes tensions que ceux vécus par la génération parentale, il semble que les parents puissent ainsi se sentir projectivement soulagés de cette conflictualité longtemps refoulée, et faire payer à leur adolescent le poids de leur propre

dette impayée envers leurs parents. Ce faisant, la génération parentale trouve enfin l'identification parentale œdipienne à leurs propres parents (la génération grand-parentale) et se sert de la génération des enfants pour « payer sa dette ». Ce mécanisme nous paraît très fréquent dans les cas de rupture entre l'adolescent et ses parents, surtout quand les parents eux-mêmes ont vécu avec leurs propres parents le même type de confit : par-delà la répétition, il nous semble que la génération du milieu (celle des parents) s'acquitte ainsi de sa dette envers la génération antérieure (celle des grands-parents) par délégation du conflit sur la génération future (celle des enfants).

INTERACTIONS PATHOLOGIQUES PARENTS-ADOLESCENTS

Pour certains auteurs, les troubles de l'adolescent doivent être mis sur le compte des interactions pathologiques du groupe familial lui-même, surtout dans les cas de troubles graves de la personnalité. Ceci s'observe entre autres avec les adolescents dits limites ou qui souffrent de troubles narcissiques de la personnalité (voir chap. 14, p. 424). Les travaux portant sur ce domaine se situent pratiquement tous dans le courant théorique de la psychanalyse génétique (*cf.* chap. 1, Les regroupements conceptuels). Il s'agit dans tous les cas de familles fragiles, ne supportant pas les efforts de séparation-individuation de l'adolescent. La famille est depuis longtemps organisée autour de « croyances fondamentales » ou « présupposés de base »[1], faisant d'elle un groupe uni et défensif. Le concept de « présupposés de base » est issu des travaux de Bion sur les petits groupes : la fonction de ces « présupposés de base » est de préserver la cohérence et l'unité du groupe mais en estompant fréquemment les limites interindividuelles et les barrières intergénérationnelles. Lorsque cette unité vient à être menacée, on observe une régression dans le fonctionnement de chacun des membres du groupe avec un recours aux processus défensifs archaïques (clivage, déni, projection) et un renforcement de l'adhésion à ces « présupposés de base ». Il est évident que si un groupe familial fonctionne sur ce modèle, l'adolescent devient une menace à travers ses désirs de vie autonome, ses remises en cause des systèmes d'idéaux parentaux, ses choix d'objets nouveaux. Ces mouvements normaux de l'adolescent sont perçus par le groupe familial comme un danger, chaque membre y réagissant par un recours aux mécanismes de défenses archaïques déjà cités. Ces mécanismes ont, à la fois pour fonction et pour conséquence, d'estomper les limites interindividuelles, rendant confuse l'individualité, et par conséquent l'identité

1. En anglais : « basic assumptions » traduit par « présupposés de base ». *In : Introduction aux idées Psychanalytiques de Bion,* par GRINBERG G., SOR D., TABAK DE BIANCHEDIDE, Dunod éd., 1976.

de chacun. Ainsi pour R.L. Shapiro (1969) l'échec dans le développement de l'autonomie relative du moi de l'adolescent est à mettre sur le compte d'une défaillance du moi des parents, qui eux-mêmes présentent ce qu'Erickson appelle une « identité diffuse ». Dans ces familles, les parents réagissent à toute tentative d'indépendance de l'adolescent en jugeant ce dernier dépendant, incapable, incompétent, sans discernement. Mais eux-mêmes émettent souvent des jugements qui apparaissent vite comme stéréotypés, influencés par l'environnement (par exemple, les grands-parents), et parfois même franchement irréalistes ; en tout état de cause ces opinions révèlent une personnalité aux contours incertains avec un moi faible et dépendant.

Le concept de *délimitation* sert d'intermédiaire entre les notions d'identité, de relation d'objet et de comportement agi. La délimitation est selon Shapiro « l'ensemble des conduites par lesquelles un membre de la famille exprime de façon explicite ou implicite, ses perceptions et ses attitudes — en réalité sa représentation mentale d'un autre membre de la famille — à cette autre personne ». Ces délimitations peuvent reposer essentiellement sur les caractéristiques réelles de la personne, mais elles peuvent aussi reposer sur des préjugés issus des conflits et des défenses de celui qui émet cette opinion. Dans ce dernier cas, il s'agit de délimitation défensive. Pour R.L. Shapiro, « le mécanisme principal qui sous-tend les délimitations défensives est l'identification projective ». Le rôle dangereux des projections parentales sur l'adolescent est reconnu par tous les auteurs, surtout lorsque la projection devient le mode relationnel privilégié. C'est en effet ce qu'on observe chez nombre d'adolescents suicidaires (*cf.* chap. 10, Les tentatives de suicide) ou qui présentent des effondrements psychotiques (*cf.* chap. 11, p. 319) ou chez des adolescents « limites » (*cf.* chap. 14, p. 424).

F. Ladame précise ainsi : « ce que nous avons pu observer de manière répétitive dans les familles de nos adolescents perturbés c'est l'extrême importance de l'identification projective et *son utilisation par les parents* (souligné par F. Ladame) des adolescents. Tant que ce mécanisme reste à l'œuvre de manière prépondérante et que les besoins défensifs des parents sont particulièrement intenses, les possibilités d'une authentique séparation-individuation de l'adolescent sont bloquées. » Ces identifications projectives rendent confuses les limites de soi de l'adolescent. Elles s'associent à d'autres types de défenses : clivage (avec le risque d'une pathologie limite dominée par le manichéisme bon-mauvais), idéalisation (avec le risque d'une pathologie narcissique dominée par un soi grandiose). Ces mécanismes archaïques sont mis au service du renforcement des « présupposés de base », croyances qui alimentent le mythe familial. À travers ces croyances et ce mythe se révèlent fréquemment les fonctions particulières occupées par les personnes et les images grands-parentales, les parents de l'adolescent ayant souvent établi et subi avec leurs propres parents des relations similaires. Dans ces familles fragiles où les mouvements de séparation-individuation de l'adolescent sont ressentis comme une menace, H. Stierlin (1974) décrit trois modes principaux de transaction pathologique : 1) *l'enchaînement* où la séparation est impos-

sible car la sécurité de base et les satisfactions fondamentales ne peuvent être obtenues que dans la famille. Cet enchaînement peut être aussi bien affectif (n'investir de libido que les seuls membres de la famille) que cognitif (penser uniquement comme la famille, sans pensée autonome) ; 2) *la délégation* où l'adolescent est projectivement chargé par l'un ou les parents de jouer un rôle ou d'exécuter une tâche à l'extérieur de la famille ; 3) *l'expulsion* lorsque celle-ci est jugée nécessaire pour la résolution de la crise parentale : tentative de suicide, fugue ou voyage pathologique en sont les illustrations les plus caricaturales. Il faut noter que ces transactions pathologiques peuvent ne concerner qu'un seul enfant de la fratrie ; en effet les projections parentales se concentrent parfois sur un seul adolescent en raison d'une ressemblance physique, de circonstances de naissance, d'une nomination (prénom ou surnom « hérité » de tel ou tel ancêtre) particulières. Les autres enfants et adolescents ont pu quitter le foyer familial sans trop de difficulté, mais ce départ renforce le système projectif visant celui qui reste. Cette dernière remarque souligne l'importance de la fratrie et l'intérêt d'évaluer son rôle dans l'abord thérapeutique.

Les conduites pathologiques parentales, en particulier les défenses par identification projective, entravent les possibilités évolutives et maturatives de l'adolescent ; ce dernier répond par des conduites déviantes (toxicomanie, tentatives de suicide, épisodes délirants, anorexie mentale, etc.) qui représentent autant de tentatives de compromis entre le besoin d'autonomie et l'impérieuse nécessité de préserver l'unité familiale et les « présupposés de base ». Le lecteur trouvera dans les divers chapitres consacrés à ces conduites pathologiques les quelques traits spécifiques de l'organisation familiale en fonction du symptôme. Toutefois, on peut dire qu'il existe peu de travaux ayant cherché à dégager des modèles d'interactions familiales spécifiques selon tel ou tel type de conduite symptomatique.

En ce qui concerne l'approche thérapeutique familiale proprement dite, la question est traitée dans la cinquième partie de cet ouvrage (*cf.* chap. 22, L'alliance thérapeutique consultant-adolescent-parent, p. 628).

ADOLESCENCE ET ADOPTION

L'adolescence d'un enfant adopté représente souvent une période difficile où les conflits naturels à cet âge sont accrus par la situation d'adoption. De façon un peu provocatrice, on pourrait dire que l'adoption fonctionne comme un « amplificateur fantasmatique ». Avant de s'engager dans ce chapitre, il ne faut pas oublier qu'Œdipe fut un enfant adopté, ce qui, tout en étant fils de roi, n'a pas été sans lui créer quelques soucis…

Sur un plan épidémiologique, les divers travaux constatent que les adoptés (enfant ou adolescent) consultent pour des difficultés psychoaffectives de tous

ordres en moyenne 2 à 5 fois plus que leurs pairs non adoptés. À l'adolescence, pour certains auteurs les symptômes allégués n'ont pas de particularité, tandis que pour d'autres on rencontrerait plus fréquemment une pathologie centrée sur le passage à l'acte, qu'il s'agisse d'acte agressif ou de conduites sexuelles déviantes. De même le rôle joué par l'adoption est diversement apprécié, certains considérant qu'il s'agit du facteur causal essentiel, d'autres n'y voyant qu'un facteur de risque pouvant révéler une pathologie préexistante, soit chez l'adopté, soit chez l'adoptant. (En ce qui concerne l'adoption de l'enfant, le choix des couples adoptants, les difficultés dans l'enfance, le lecteur peut se reporter au chapitre 24 : Abandon-adoption, *In : Enfance et psychopathologie*.)

À l'adolescence proprement dite, certaines difficultés apparaissent même chez des adoptés qui, depuis longtemps connaissent leur situation, qui ont été adoptés à un jeune âge et qui jusque-là n'avaient pas de difficultés notables. Ainsi dans une enquête portant sur 52 adoptés adultes (population recrutée par l'intermédiaire de médecins généralistes, et non par une consultation spécialisée), A.M. McWhinnie (1969) constate que 21 d'entre eux vont bien ou assez bien, 10 ont quelques problèmes d'adaptation dans un domaine particulier, et 21 reconnaissent avoir eu des difficultés dans leur vie. Mais, 37 d'entre eux (soit 71 % des cas) déclarent que l'adoption leur a posé des difficultés à l'adolescence. Ces difficultés ne s'extériorisent pas toujours par des troubles des conduites, mais peuvent rendre plus malaisé, douloureux et inachevé le processus de l'adolescence. De nos jours les adolescents adoptés connaissent depuis longtemps leur situation car la majorité des psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux conseillent aux adoptants d'en parler à l'enfant dès son plus jeune âge. Les difficultés siègent à trois niveaux : l) le problème central de l'identité-identification ; 2) les relations avec les adoptants ; 3) les difficultés et craintes des adoptants face à l'adopté devenu adolescent.

IDENTITÉ ET IDENTIFICATION CHEZ L'ADOLESCENT ADOPTÉ

À l'adolescence l'adopté doit intégrer dans son identité une double généalogie, d'un côté celle des adoptants, de l'autre celle des parents géniteurs. Comme le signale J. Mackie (1982) « pour l'adolescent adopté il y a un risque réel de crise avec une confusion de l'identité et l'établissement d'une identité négative ». Cliniquement c'est à l'adolescence que l'adopté se pose le plus de questions sur ses parents géniteurs : il désire recueillir des informations, connaître leurs âges, leurs métiers. Souvent les adoptés adolescents expriment leur souhait de voir leurs parents géniteurs, mais sans se faire connaître d'eux.

Toutefois ces désirs restent le plus fréquemment dans le domaine de la velléité. Dans les quelques cas où l'adolescent rencontre ses parents géni-

teurs, il exprime habituellement le sentiment d'être confronté à des étrangers. Seuls les adoptés ayant des difficultés notables avec leurs adoptants expriment l'idée que les parents géniteurs les auraient mieux compris.

Au plan de l'identification, l'absence totale d'information sur les géniteurs est source d'une intense anxiété. Parmi les informations recherchées avec avidité, les conditions de l'abandon occupent une place importante. Pour l'adolescent adopté, savoir qu'il a été un bébé ou un enfant non aimé, rejeté, constitue une évidente atteinte à son narcissisme de base et à son identité fondamentale. Triseliotis (cité par A. Mackie) estime que les adoptés ont envie d'apprendre que leurs parents géniteurs les ont désirés et qu'ils n'ont pas été rejetés sans amour. En quelque sorte l'adopté souhaite que ce soient uniquement les conditions matérielles extérieures aux échanges affectifs qui furent la cause prévalente de l'abandon.

Parfois, l'adolescent adopté se bâtit un véritable « roman familial », dans lequel il arrive à imaginer que ses parents géniteurs étaient « supérieurs » (en intelligence, en beauté, en richesse, etc.) à ses parents adoptants, sorte d'images parentales mythiques et idéales, servant d'étayage à son narcissisme. En revanche, lorsque prédomine le sentiment du rejet par les parents géniteurs, le sentiment d'avoir été un « mauvais » bébé, un « produit non aimable », l'adolescent adopté peut alors développer une « identité négative » s'identifiant à cette mauvaise partie supposée de lui-même. Des conduites chaotiques, parfois ouvertement provocatrices, des conduites délinquantes ont pour objet de se faire désigner comme « mauvais », reproduisant en quelque sorte l'abandon initial et cherchant à tester le lien avec les adoptants. Dans certains cas, les craintes fantasmatiques des adoptants, qui eux-mêmes identifient l'adolescent à ses géniteurs, renforcent ce système d'interaction pathologique. À titre d'exemple, certaines mères adoptives craignent que l'adolescente ait une vie sexuelle aussi dissolue que ce qu'elles connaissent ou supposent de la vie sexuelle de la mère génitrice : les demandes d'autonomie de l'adolescente, son premier flirt, sa première passion amoureuse, risquent alors d'apparaître comme une confirmation de ces craintes.

Du côté de la famille adoptante, il peut être difficile pour l'adolescent de se reconnaître à travers la généalogie familiale et les mythes familiaux qui l'organisent. L'intégration de ces deux lignées familiales particulières peut aboutir à ce que Sands appelle « une incertitude généalogique ».

RELATIONS DE L'ADOLESCENT AVEC SES PARENTS ADOPTANTS

Contrebalançant en partie le sentiment d'avoir été rejeté par ses parents géniteurs, l'enfant puis l'adolescent exprime parfois le sentiment d'avoir été choisi par ses parents adoptants, sélectionné parmi d'autres enfants. Il n'est

pas rare que ces derniers disent à leur enfant adopté qu'ils l'ont choisi pour une raison particulière, qu'ils l'ont d'une certaine façon « élu ». Ceci peut compenser en partie la blessure narcissique précédente, mais risque d'introduire l'adolescent adopté dans une autre ligne conflictuelle : il se trouve partagé entre d'un côté des parents géniteurs mauvais, rejetants, et de l'autre, des parents adoptants, bons, accueillants. Le risque d'un clivage entre des images parentales totalement bonnes d'une part, totalement mauvaises d'autre part est évident : sur ce clivage des images parentales se fondera ensuite le clivage d'image de soi bonne d'un côté, mauvaise de l'autre. Ainsi A.M. McWhinnie constate que les adoptés développent souvent à l'égard de leurs parents adoptants des attitudes très contrastées, passant d'une dévotion excessive envers eux à des reproches vifs. Quand il n'y a pas eu de difficultés notables dans l'enfance et l'adolescence cet auteur note que les adoptés conservent une dévotion extrême et une grande sollicitude à l'égard des adoptants. À travers cette dévotion et cette sollicitude on peut présumer les effets d'une idéalisation de ces parents adoptants, idéalisation qui repose sur des images totalement bonnes, non modulées. Quand existent des difficultés d'adaptation, le brusque passage d'une attitude de dévotion soumise à des reproches et une vive agressivité illustrent aussi le clivage.

DIFFICULTÉS ET CRAINTES DES ADOPTANTS FACE À L'ADOLESCENT ADOPTÉ

Le « fantasme de l'étranger dans la maison » (M. Soulé et J. Noël, 1985) prend tout son sens dans le cas d'un adolescent adopté. Pour nombre de parents, l'adolescence de leur progéniture s'apparente déjà à une énigme où la question des origines surgit avec plus ou moins d'acuité. Ainsi, Mackie reprend le concept de « crise parentale » qui selon elle est amplifiée chez les parents adoptants. Là encore le manque d'information sur les parents géniteurs ou quelques bribes d'informations, souvent négatives, peuvent nourrir chez les adoptants des craintes fantasmatiques concernant l'adolescent, en particulier des craintes sur une éventuelle hérédité pathogène. De ce point de vue la sexualité de l'adolescent adopté semble être le catalyseur de telles fantaisies.

Dans le cas de l'adoption la relation incestueuse est d'autant plus le sujet de crainte-désir que le tabou de la généalogie par le sang est levé. Mais d'autres axes conflictuels se trouvent réactualisés face à la sexualité de l'adolescent adopté, en particulier le problème de la stérilité du couple : le couple avait dû surmonter le traumatisme de la perte du désir d'être des parents géniteurs et le partenaire stérile avait dû surmonter l'atteinte de son image du corps. La sexualité naissante de l'adolescent réveille parfois ces traumatismes d'autant plus vigoureusement que le couple adoptant avait trouvé une compensation, d'une part dans le fait d'avoir, lui aussi, été choisi

par une équipe psychologique et reconnu comme « bon parent », et d'autre part dans l'élevage de l'enfant. Le nécessaire conflit entre adolescent adopté et ses parents adoptifs, peut remettre en cause leur image de « bons parents », ramener au premier plan leur stérilité et constituer une perte d'autant plus importante.

Ceci expliquerait pour certains auteurs la fréquence des conduites déviantes centrées en particulier sur le lien entre l'adopté et les adoptants : ainsi les cas de fugues ou au contraire de phobies scolaires avec refus de sortir, semblent assez fréquents. Les questions de l'adolescent sur ses parents géniteurs sont parfois ressenties comme autant de désaveux par les parents adoptants, ce qui renforce encore la possible spirale d'une identification négative chez l'adolescent.

ADOLESCENCE ET ADOPTIONS INTERNATIONALES

Depuis les années 90, les adoptions internationales sont devenues plus fréquentes au point de représenter actuellement les trois-quarts de l'ensemble des adoptions. De nombreux enfants adoptés dans ces conditions accèdent maintenant à l'adolescence. Si l'adoption constitue un « amplificateur fantasmatique » de la problématique adolescente, l'adoption internationale porte à son paroxysme les tensions inhérentes à cette période. Dans une revue de la littérature, A. Harf et coll. (2007) retrouvent chez ces adolescents une prévalence un peu plus élevée de trouble du comportement (fugues, conduites délinquantes, consommations de produits, dépression et tentative de suicide, etc.) mais signalent aussi l'existence de troubles à type d'inhibition et de retrait plus facilement méconnus. Il n'existe cependant aucune pathologie spécifique. Les résultats des études sont toutefois discordants, certaines concluant à une prévalence nettement plus importante, d'autres à une prévalence sensiblement identique à la population d'adolescents tout venant. Il serait certainement nécessaire de prendre en compte la période précédant l'adoption (âge, événements traumatiques subis).

Outre les problématiques déjà signalées communes à toutes les situations d'adoptions, l'origine étrangère de l'enfant pose une série de questions plus spécifiques quand survient l'adolescence chez le jeune lui-même mais aussi chez les parents où les interrogations présentes au moment de l'adoption se trouvent réactivées.

Le rapport à la culture d'origine apparaît alors comme une question incontournable derrière laquelle la problématique de « l'étranger » surgit de façon d'autant plus manifeste qu'elle était restée latente du temps de l'enfance. Les différences de traits ethniques (couleur de la peau, morphotype asiatique, etc.) qui durant l'enfance avaient été comme « effacées » (tous les enfants du monde se ressemblent !) ressurgissent presque violemment tant pour

l'adolescent dans ses relations aux pairs que pour les parents dans leurs fantasmes d'altérité. La question de l'altérité, fondamentale dans la construction de l'image de soi, prend ici une place envahissante et parfois persécutive par la dimension de « familière étrangeté » : cet adolescent est en fait culturellement le fruit de l'éducation parentale, mais voilà que surgit, ver dans la pomme, une part inconnue vite attribuée ou projetée dans la supposée culture d'origine (laquelle prend alors une valeur quasi génétique !). La question du voyage au pays d'origine condense ces fantasmes d'autant plus vivement que l'enfant n'y était jamais retourné : si parfois ce voyage est l'occasion d'un meilleur arrimage identitaire, il risque assez souvent de provoquer un flottement encore plus grand du fait de la douloureuse expérience d'une double étrangeté. L'adolescent se sent étranger à son pays d'origine (dont souvent il ne parle pas la langue) et étranger à son pays d'adoption (où on le regarde comme un étranger)… Le corps, symbole de cette altérité, peut être l'objet sur lequel se retourne la violence pulsionnelle quand l'adolescent n'opte pas pour l'attaque plus directe du cadre social. Au-delà de la problématique de la filiation, commune à toutes les adoptions, d'un point de vue psychopathologique, l'adoption internationale et la confrontation à la supposée culture d'origine (comme s'il y avait une imprégnation sur le mode de l'empreinte éthologique précossissime) pose le problème de l'affiliation. « Source d'une richesse infinie, la multiplicité d'affiliations peut être aussi source de souffrance… L'adolescent adopté à l'étranger invente et construit son identité dans les identifications et les affiliations de deux mondes. (Mais) à la différence de l'enfant de migrants, la culture du pays d'origine est le plus souvent un concept théorique et abstrait lorsque l'enfant a été adopté jeune » (A. Harf et coll., 2006).

La question de la dette (voir Crise parentale) prend dans ces situations une acuité toute particulière du fait du poids pas seulement symbolique du coût de l'enfant : l'adoption internationale coûte cher, de plus en plus cher. D'un côté les pays et les adultes demandeurs d'enfants sont plus nombreux (l'Italie est passée de 346 adoptions en 2000 à 3 403 en 2004, l'Espagne de 3 062 à 5 541. Les États-Unis ont multiplié par deux les adoptions internationales en moins de dix ans : de 10 641 à 20 679 en 2006) et une quasi-concurrence entre pays commence à s'instaurer. De l'autre côté, les propositions dans les pays d'origine sont à la fois moins nombreuses (les classes moyennes des pays émergents ont elles aussi des demandes d'adoption), les exigences soit en termes éthiques ou religieux, soit en termes directement financiers (compensations humanitaires diverses) vont croissant ; enfin, une prise de conscience dans de nombreux pays amène à considérer l'enfant comme un bien précieux (la Chine commence à manquer de filles…). Du côté des adoptants, les démarches sont compliquées, souvent incertaines. Les organismes autorisés pour l'adoption peuvent servir de médiateur et fournir une garantie éthique. En revanche, les démarches individuelles restent soumises aux aléas : le fantasme de vol d'enfant est d'autant plus fort que les

sommes versées ont été importantes. Tout ceci ressurgit fréquemment à l'adolescence, chez le jeune qui attaque sa filiation adoptive soit par des exigences financières démesurées, soit en accusant ses parents de l'avoir acheté à une famille pauvre, comme chez les parents où les questionnements restés latents pendant l'enfance semblent réactivés par la conflictualité actuelle.

Cependant, ces difficultés du temps de l'adolescence, incontestables et souvent tumultueuses, ne doivent pas faire oublier qu'à l'âge adulte la grande majorité des adoptés d'origine internationale expriment leur satisfaction et montrent un équilibre psycho-affectif en rien différent de la population générale.

ADOLESCENT ET PARENTS SÉPARÉS

Le divorce est un fait de société dont la fréquence augmente régulièrement. En France, on estime actuellement qu'il y a un divorce prononcé pour 4 à 5 mariages célébrés. Aux États-Unis, pour les années 1977-1978-1979, il y eut exactement un divorce prononcé pour deux mariages célébrés. Les conséquences d'un divorce parental sur l'équilibre psychoaffectif de l'adolescent sont difficiles à évaluer en raison de la multiplicité des facteurs intervenants. Tous les divorces parentaux sont loin de susciter des difficultés psychologiques transitoires ou durables chez les adolescents, mais dans tous les cas une période de souffrance psychique rend plus vulnérable le processus de l'adolescence.

Parmi les facteurs qu'il faudrait prendre en considération on peut relever : l'âge de l'adolescent, le stade de développement auquel il est parvenu, le sexe, la qualité du maternage précoce, la capacité des parents à maintenir l'adolescent à l'abri du conflit parental ou au contraire à l'y faire participer. Trois facteurs paraissent importants : 1) la qualité de la relation conjugale avant le divorce, c'est-à-dire l'importance de la mésentente et la mesure dans laquelle cette mésentente a pu altérer le système de relation et d'interaction familial ; 2) la personnalité des parents ; 3) enfin le moment du divorce par rapport à l'adolescence permet de distinguer d'un côté des divorces anciens survenus lorsque le/les enfant(s) du couple était(ent) jeune(s), et les divorces au moment de l'adolescence. Ceux-ci sont plus fréquents qu'on pourrait l'imaginer *a priori*, car certains couples en situation de mésentente chronique, attendent que leurs enfants soient, selon eux, suffisamment « grands » pour divorcer, et parce que la crise du milieu de la vie (*cf.* chap. 16, La crise du milieu de la vie) peut bouleverser l'équilibre conjugal obtenu jusque-là. Lorsque le divorce est ancien, la problématique de l'identification et le conflit relationnel avec le parent qui a la garde sont au premier plan chez l'adolescent. Dans le cas de divorce parental lors de l'adolescence, c'est à

une « immixtion dans le développement » selon les termes de H. Nagera, ou à une situation traumatique supplémentaire que l'adolescent se trouve confronté, situation qui peut accélérer, bloquer ou dévier le « travail psychique de l'adolescent ».

Les conduites symptomatiques survenant chez des adolescents de parents séparés n'ont rien de spécifiques. On peut toutefois relever la fréquence des manifestations dépressives et des conduites agies. A.Z. Schwartzberg (1980) observe sur 31 adolescents où le divorce parental date de 4 mois à 16 ans : 11 cas de dépression sévère ou modérée (la symptomatologie rattachée à la dépression étant assez large : tristesse, oscillation d'humeur, mais aussi difficulté de concentration, fatigabilité, isolement, échec scolaire, anorexie, insomnie), 7 patients « limites », 10 patients présentant des troubles du caractère (dominés par le passage à l'acte : fugue, école buissonnière, vol, drogue, troubles sexuels) et 1 cas de schizophrénie. Quand la pathologie est grave (adolescents « limites » ou psychotiques) les troubles préexistaient au divorce. A.Z. Schwartzberg note la fréquence chez les filles des grossesses précoces et des avortements ainsi que l'établissement privilégié d'un lien affectif avec un ami beaucoup plus âgé. Selon cet auteur la pathologie peut se répartir en trois groupes ; 1) les adolescents où s'observe une exacerbation d'une pathologie préexistante ; 2) ceux qui présentent une régression temporaire (marquée par l'existence d'un épisode dépressif transitoire) ; 3) ceux qui répondent par une tentative de maîtrise prématurée de leur situation (caractérisée par des troubles comportementaux : fugue, sexualité chaotique, épisode toxicomaniaque).

HYPOTHÈSES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Il convient de distinguer les adolescents dont les parents sont séparés depuis longtemps et ceux dont les parents se séparent au moment de l'adolescence.

Séparation parentale ancienne. — Il paraît évident que l'existence et la nature des difficultés dépendront d'un grand nombre de variables parmi lesquelles la qualité des relations entre les parents après la séparation et le maintien d'une relation entre l'adolescent et ses deux parents sont les facteurs prépondérants. Quand le conflit entre les parents s'est apaisé après la séparation et que l'enfant a pu maintenir des relations régulières avec ses deux parents, il ne semble pas que cette situation soit source de conflit supplémentaire. À l'opposé même, le conflit avec les parents peut être moins intense, le travail de désidéalisation parentale moins aigu du fait que l'enfant a déjà acquis une relative distanciation par rapport aux figures parentales (voir le problème de l'hypermaturité : *Enfance et psychopathologie*). Les

conditions matérielles facilitent parfois les réaménagements avec la possibilité de changer la garde parentale ou simplement changer de lieu de vie. Toutefois, on peut noter que le conflit se centre fréquemment sur l'un des beaux-parents quand les parents se sont remariés : refus de lui parler, refus de recevoir quelque ordre ou conseil que ce soit de la part d'un « étranger », aménagement de la vie domestique afin de ne pas le rencontrer… Ce beau-parent devient la cible naturelle du conflit de génération ce qui a parfois pour effet paradoxal de préserver l'estime à l'égard des parents.

Quand les relations parentales après la séparation ont été médiocres ou surtout quand l'un des parents a disparu, l'adolescent est confronté à deux types de problématiques : d'une part il risque de rencontrer des difficultés notables d'identification du fait de l'inexistence d'une de ses lignées parentales ; d'autre part la séparation d'avec le parent restant peut être rendue plus difficile si l'adolescent a le sentiment (justifié ou non) de la fragilité dépressive de celui-ci. Ces faits s'observent le plus souvent quand la mère reste seule avec l'enfant, surtout s'il s'agit d'un enfant unique et que le père a complètement disparu. Il est rare dans ces circonstances que des liens se maintiennent avec la famille paternelle (grands-parents, tante ou oncle paternel). L'adolescent ne connaît l'absent qu'à travers de brèves évocations, le plus souvent d'ailleurs sur les éléments les plus négatifs de sa personnalité. Le danger d'une « identification négative » est extrêmement grand, identification qui cherche à s'accorder aux rares faits connus ou aux fantaisies que l'enfant a élaborées. Cette élaboration provient soit des paroles de la mère, soit même de ses attitudes ou positions affectives simplement déclenchées par l'évocation du père disparu. Les velléités d'indépendance de l'adolescent, ses inévitables conduites provocatrices représentent alors aux yeux de la mère le surgissement soudain de l'image de l'ex-conjoint, renforcent les craintes d'une « hérédité » ou d'une ressemblance : un cercle vicieux est ainsi créé où l'adolescent se trouve chaque fois confirmé à travers ses conduites les plus pathologiques dans l'identité qu'il recherche. L'autre axe de difficulté réside dans un lien étroit à un seul parent ressenti comme dépressif, ou au contraire trop idéalisé, mais en tout état de cause dont il n'est pas possible de se séparer. Le processus de séparation-individuation se trouve entravé par le culpabilité ressentie car l'adolescent éprouve ce besoin d'autonomie comme un comportement directement agressif à l'égard de son parent, le plus souvent sa mère. La dépression clinique manifeste risque alors d'être le compromis qui bloque le processus de l'adolescence et donne à la mère et à son enfant les bénéfices secondaires recherchés : l'un continue à se dévouer aux soins de l'enfant-adolescent, l'autre soutient par cette dépression même l'équilibre affectif et thymique du parent.

Séparation parentale concomitante à l'adolescence. — Une telle éventualité crée ce que Nagera a appelé une « immixtion dans le développement ». Ces immixtions ont des conséquences qui dépendent à la

fois de leur nature et du stade spécifique du développement au cours duquel elles surviennent. La séparation parentale à l'adolescence, interfère avec le mouvement de désidéalisation parentale, le deuil nécessaire de ces images idéalisées, la recherche à l'extérieur de la famille d'un modèle identificatoire. Le résultat de cette interférence dépend du moment où la séparation parentale survient dans le processus de l'adolescence : cette séparation peut parfois faciliter l'évolution vers l'indépendance et la maturité. À l'opposé, surtout lorsque les parents apparaissent eux-mêmes vulnérables, dépressifs, désorganisés dans leur vie affective, professionnelle, l'adolescent peut se sentir responsable du bien-être d'un de ses parents, devenir son soutien, son « thérapeute », son confident, en un mot se parentifier et s'impliquer dans le conflit parental. R.S. Wallerstein et J.B. Kelly (1980) étudient les réactions d'adolescents de 13 à 18 ans au moment de la séparation parentale. Sur le plan clinique les auteurs notent l'importance de la réaction affective, faite d'un mélange de douleur, de tristesse, mais aussi de colère. L'adolescent exprime souvent un ressentiment très violent envers l'un des parents, en général celui qu'il estime « fautif », mais en même temps il se refuse à prendre parti dans le conflit parental et se culpabilise de choisir l'un plutôt que l'autre. Fréquemment l'adolescent a l'impression d'avoir été trahi, trompé par les parents. Dans les conduites quotidiennes l'adolescent acquiert très vite un détachement affectif apparent, reste peu à la maison et parfois investit de façon intense diverses activités sociales (sportives, culturelles, groupe de pairs). Pour les auteurs, ces conduites cliniques ont diverses explications psychopathologiques, entre autres : 1) La désidéalisation précipitée des parents et des images parentales. Il existe un sentiment fréquent de perte, de vide, avec une nostalgie de l'union parentale disparue. Les comportements parentaux sont l'objet de critiques, parfois fondées ; 2) La prise de conscience des parents comme objet sexuel : alors qu'habituellement la sexualité parentale est refoulée ou déniée par l'adolescent, dans le cas présent, cette sexualité devient manifeste par la présence d'un amant ou d'une maîtresse, de conduites sexuelles parentales plus ou moins cohérentes ou chaotiques. La barrière intergénérationnelle qui protège l'adolescent et les parents contre les désirs incestueux devient de ce fait moins évidente, ce qui peut projeter les adolescents eux-mêmes dans des conduites également chaotiques. Pour R.S. Wallerstein et J.B. Kelly la séparation parentale au moment de l'adolescence risque ainsi d'interférer avec le processus de l'adolescence, bloquant celui-ci avec un maintien prolongé de la dépendance à l'égard d'un des parents (en particulier dépendance du garçon à l'égard de sa mère) ; dans d'autres cas, il s'agit d'une pseudo-adolescence marquée en particulier par une émancipation sexuelle excessive qui n'a pas la signification d'un choix d'objet sexuel pleinement assumé. Enfin l'organisation définitive du surmoi et surtout de l'idéal du moi peut être compromise.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Nous exposerons très brièvement quelques situations particulières pouvant avoir un impact sur l'adolescence, favorisant parfois, mais non constamment des évolutions déviantes.

L'ADOLESCENT, ENFANT UNIQUE

Le fait d'être fils ou fille unique rend le processus de séparation-individuation plus difficile et l'interaction avec les parents parfois plus conflictuelle. L'absence de fratrie sur laquelle peut se reporter une partie des attentes parentales, l'investissement affectif excessif que les parents ont placé dans cet enfant unique, expliquent les difficultés accrues que rencontre l'adolescent à rééquilibrer ses investissements narcissiques et objectaux. En outre, les motifs qui ont conduits les parents à n'avoir qu'un enfant unique ne sont pas sans réapparaître au moment où celui-ci va peut-être quitter la maison familiale ou menace de le faire. Ainsi dans certains cas, l'enfant est resté unique parce qu'il avait été « trop difficile à élever » dans son jeune âge, difficultés masquant en réalité des distorsions précoces dans les interactions familiales (troubles précoces de l'alimentation, du sommeil, etc.) ou parce qu'existait dès cette époque une mésentente chronique du couple, l'enfant étant le prétexte au maintien du lien conjugal, ou parce que l'enfant avait nécessité une attention et des soins importants (maladie somatique grave). Dans tous les cas, les tentatives d'autonomisation de l'adolescent représentent un risque élevé pour la famille incapable d'opérer le moindre réaménagement dans ses investissements. Quand des troubles se manifestent chez l'adolescent, ils sont souvent marqués par l'importance de l'ambivalence avec des demandes d'indépendance totale associées à des comportements paradoxaux de soumission à l'un des parents. Il est fréquent que les troubles de la petite enfance réapparaissent, en particulier les troubles des conduites alimentaires (*cf.* chap. 6, Perturbations des conduites alimentaires).

LA FAMILLE MONOPARENTALE

Dans la majorité des cas il s'agit d'une mère seule avec son enfant, soit parce qu'après un divorce le père a complètement disparu, soit parce qu'il s'agit d'une « mère célibataire ». Dans le second cas, les problèmes d'identification rencontrés par l'adolescent sont particulièrement vifs : ceux-ci s'observent surtout avec le garçon (famille monoparentale mère célibataire-

fils). Il est bien évident que le garçon ne dispose d'aucune image possible d'identification masculine positive, surtout lorsque sa mère mène une vie sociale plus ou moins isolée et/ou marginale, que les relations avec la famille maternelle (grands-parents maternels) ont été interrompues. Même lorsqu'un substitut parental (oncle, grand-père maternel, etc.) a pu être présent dans l'enfance, l'adolescent quête le moindre indice lui permettant de trouver une trace de son père géniteur. Là encore, les risques d'une identification négative sont particulièrement grands. Les symptômes observés appartiennent en général à la série de l'agir. Nous avons pu noter dans notre expérience personnelle la fréquence des fugues.

LE DEUIL À L'ADOLESCENCE

La perte d'un parent constitue à l'évidence un facteur de risque et une immixtion dans le développement pouvant induire des déviances dans le processus de croissance. Comme pour la séparation parentale, une étude des effets du décès d'un parent sur l'équilibre psychoaffectif de l'enfant doit tenir compte de son âge, des réaménagements opérés par la suite (importance de la dépression et capacité de la surmonter chez l'autre parent, rôle joué par les lignées parentales et les substituts parentaux, remariage éventuel du parent veuf, etc.), des circonstances enfin (décès brutal par accident, après une longue maladie, par suicide, etc.) Là aussi, il est important de distinguer le décès parental qui survient au moment de l'adolescence de celui qui est survenu dans l'enfance. Plus le décès est proche de la période de l'adolescence, plus il constitue une traumatisme psychique en interférence avec le travail psychique habituel. Dans ce cas, la dépression et les symptômes qui s'y rattachent (désintérêt, repli social, désinvestissement scolaire, troubles somatiques divers, etc., *cf.* chap. 9, Clinique) sont fréquemment au premier plan. La compréhension psychopathologique de cet épisode dépressif renvoie aux sentiments de culpabilité à l'égard du parent disparu : l'adolescent se fait souvent les reproches de n'avoir pas suffisamment été obéissant, montré son amour, écouté les conseils et recommandations… En revanche, plus le décès parental survient tôt dans l'enfance, plus la problématique de l'identification passe au premier plan. Mais ici les difficultés d'identification sont en général inverses de celles qu'on observe chez l'adolescent de parents séparés ou de famille monoparentale ; les informations objectives et les reconstructions souvent idéalisantes sur le disparu sont nombreuses. L'adolescent est confronté à une image parentale idéalisée, inaccessible, non critiquable. On observe fréquemment chez celui-ci un sentiment d'incapacité d'être à la hauteur de cette image, de dévalorisation relative. La « dépression d'infériorité » où la thématique narcissique est au premier plan s'observe souvent (*cf.* chap. 9, La dépression d'infériorité). Enfin, les circonstances de la mort du parent ne sont pas sans importance. K.S. Adam signale la

fréquence des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les adolescents dont l'un des parents s'est suicidé. Cette donnée est objectivée aussi par les enquêtes épidémiologiques (*cf.* chap. 4, p. 87).

BIBLIOGRAPHIE

HAYEZ J.-Y. : Secrets de famille, confidentialité et thérapies. *In* : *Secrets et confidents au temps de l'adolescence*. Braconnier A., Chiland C., Choquet C. Masson, Collection Ouvertures Psy, Paris, 2001.

HARF A., TAÏEB O., MORO M.R. : Troubles du comportement externalisés à l'adolescence et adoptions internationales : revue de la littérature. *L'Encéphale*, 2007, *33*, 370-276.

MARCELLI D., BRACONNIER A. : Place de la « crise parentale » dans les prises en charge non formalisées de l'adolescent et de ses parents. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, *28*, 10-11, 477-481.

SCHWARTZBERG A.Z. : Adolescent : reaction to divorce. *Adol. Psychiat.*, 1980, *8*, 379-392.

ADAM K.S. : Perte des parents dans l'enfance : idéation suicidaire et comportement suicidaire. *In : L'enfant dans la famille.* Vol. 2 : L'enfant devant la maladie et la mort (E.J. Anthony, C. Koupernik, Éds.). Masson, Paris, 1974, 1 vol., 221-241.

BRACONNIER A., MARCELLI D. : The adolescent and his parents : the parental crisis. *J. Adol.*, 1979, *2*, 325-336.

BURSTIN J. : La restructuration des relations avec les parents pendant l'adolescence. *Psychiat. Enf.*, 1973, *16*, 2, 565-612.

FREUD A. : Adolescence. *Psychoanal. Study Child.*, Trad. *In : L'enfant dans la psychanalyse.* Gallimard, Paris, 1976, 1 vol., 244-266.

GRIMBERT P. : *Un secret*. Grasset, Paris, 2004.

HANN M.-C. : Le médecin de l'Éducation nationale, entre responsabilité légale et responsabilité éthique. *In* : *Secrets et confidents au temps de l'adolescence*. Braconnier A., Chiland C., Choquet C. Masson, Collection Ouvertures Psy, Paris, 2001.

HARF A., TAÏEB O., MORO M.R. : Adolescence et adoptions internationales : une nouvelle problématique ? *Psych. Enf.,* 2006, *69*, 2, 543-572.

HEFEZ S. : Familles et secrets : les impensables transmissions. *In* : *Secrets et confidents au temps de l'adolescence*. Braconnier A., Chiland C., Choquet C. Masson, Collection Ouvertures Psy, Paris, 2001.

KELLY J.B. : Observations on adolescent relationships five years after divorce. *Adol. Psychiat.*, 1981, *9*, 133-141.

LADAME F.G. : Les troubles psychiques de l'adolescence et leur approche thérapeutique : implications entre théorie et pratique. *Ann. Med. Psychiat.*, 1978, *136*, 1, 49-67.

LEVY-SOUSSAN P. : *Éloge du secret*. Hachette Littératures, Paris, 2006.

LIDZ Th. : The adolescent and his family. *In : Adolescence* : *psychosocial perspectives* (G. CAPLAN. S. LEBOVICI, Éd.). Basic Books, New York, 1969, 105-112.

MACKIE A.L. : Families of adopted adolescents. *J. Adol.*, 1982, *5*, 167-178.

MARCELLI D. : *L'enfant face au conflit parental : approche psychologique.* Entretiens de Bichat, Médecine, 1982. Expansion Scientifique, Paris, 1982, 1 vol., 303-306.

MCWHINNIE A.M. : The adopted child in Adolescence. *In : Adolescence : psychosocial perspectives* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.). Basic Books, New York, 1969, 133-142.

PROSEN H., TOEWS J., MARTIN R. : The life cycle of the family parental midlife crisis and adolescent rebellion. *Adol. Psychiat.*, 1981, *9*, 170-179.

RUTTER M., GRAHAM P., CHADWICK O., YULE W. : Adolescent Turmoil : fact or fiction. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1976, *17*, 35-56.

SHAPIRO R.L. : Adolescent ego autonomy and the family. *In : Adolescence : psychosocial perspective* (G. CAPLAN, S. LEBOVICI, Éd.). Basic Books, New York, 1969, 113-121.

SHAPIRO R.L. : Family dynamics and object, relations theory : an analytic, group interpretative approach to family therapy. *Adol. Psychiat.*, 1979, *7*, 118-135.

SOULÉ M., NOËL J. : L'adoption. *In : Nouveau traité de psychitrie de l'enfant et de l'adolescent.* Lébovici S., Diatkine R., Soulé M., IV, PUF, Paris, 1985, 2679-2699.

STIERLIN H. : *Separating parents and adolescents. A perspective on running away*, *Schizophrenia and waywardness.* Quadrangle, New York, 1974.

WALLERSTEIN R.S., KELLY J.B. : Les effets du divorce des parents : l'expérience vécue par l'adolescent. *In : L'enfant à haut risque psychiatrique* (E.J. ANTHONY, C. CHILAND, C. KOUPERNIK, Éds.). PUF, Paris, 1980, 1 vol., 477-502.

17 LA SCOLARITÉ À L'ADOLESCENCE*

Ce chapitre est consacré aux interactions entre l'adolescent et sa scolarité. Cette dernière ne se résume pas à l'enseignement et à sa conséquence, l'acquisition des connaissances. En effet, la scolarité se caractérise également par un lieu de vie ou une succession de lieux de vie, par des rencontres multiples avec des adultes qui sont autant de modèles identificatoires ou contre-identificatoires, par la poursuite de buts personnels et sociaux dont l'intrication est le plus souvent complexe. Cette complexité amène parfois en retour des points de vue simplificateurs mais caricaturaux en particulier sur l'analyse des difficultés scolaires. En effet pour expliquer celles-ci, se renvoient volontiers dos à dos un point de vue moral (l'échec est dû à la paresse de l'adolescent), un point de vue médical (l'échec est dû à un trouble organique ou psychique) ou même un point de vue exclusivement social (l'échec est dû à la seule inadaptation des structures scolaires actuelles). Toute attitude simplificatrice à visée souvent polémique est dénuée de bon sens, et n'aide pas à trouver une solution.

Obligatoire jusqu'à 16 ans, la scolarité des jeunes adolescents se réalise au collège. Ensuite elle se poursuit pour certains au lycée. Personne ne peut nier que les résultats scolaires obtenus à cette étape de la vie engagent l'avenir professionnel, social et éventuellement personnel. Le problème est d'autant plus sérieux que la nécessité d'une orientation surgit à une période où l'individu vit un moment de crise dont le devenir est quant à lui variable. En cas d'échec ou de fléchissement scolaire durable, il est donc utile mais parfois difficile de faire la distinction entre :

---

* Chapitre rédigé avec la collaboration de Nicole Catheline, pédopsychiatre, praticien hospitalier, centre hospitalier Henri-Laborit, CHU de Poitiers.

– les possibilités de réussite intellectuelle, les possibilités de réussite dans le domaine de la création et les possibilités de réussite manuelle ;

– les possibilités d'apprendre et le désir d'apprendre ;

– les projets familiaux et la participation des adolescents.

COLLÈGE ET LYCÉE : CE QUE LA SCOLARITÉ MOBILISE

L'entrée en sixième marque pour chacun un cap dont il se souvient. Si le changement de type d'enseignement est commun à tous, parfois s'y associe un changement de lieu. Parallèlement les premiers signes pubertaires apparaissent, certains vivant même le déroulement complet de leur puberté au cours de la classe de sixième.

L'entrée en quatrième succède à une orientation qui détermine, malgré les passerelles toujours possibles, le type d'enseignement et par là même le type d'activités professionnelles de toute une vie. Cette entrée en quatrième marque pour certains la continuité du type de scolarité qu'ils ont connu antérieurement. Pour d'autres, la première année de CAP ou la classe préprofessionnelle de niveau sont une première transition vers leur vie professionnelle proche. Parallèlement tous les garçons et les filles sont généralement devenus des adolescents pubères à la fin de cette classe.

L'entrée en seconde succède à une nouvelle orientation et ne concerne plus qu'un nombre limité d'adolescents : les lycéens. De la scolarité obligatoire nous sommes passés à la scolarité « volontaire ». Ce « volontariat » soulève des questions où s'affronteront parfois les parents et leurs adolescents ; certains parmi ces derniers souhaiteront en effet changer d'orientation ou même interrompre leurs études pour des raisons souvent conflictuelles et affectives dont ils ne perçoivent pas toujours l'origine.

Enfin, la première et la terminale restent en France deux années de scolarité ponctuées par un examen dont l'importance soulève une angoisse subjective qui survient à une période où le développement des potentialités affectives, relationnelles et sociales s'oppose à la nécessité de rétrécir son champ d'intérêt pour être reçu en fin d'année.

Comme le montre la succession des réformes, l'enseignement secondaire cherche à s'adapter à l'hétérogénéité des enfants, de leurs niveaux et de leurs intérêts. À ce noble projet, se heurtent d'une part les exigences et les inégalités sociales, d'autre part le processus intrapsychique que traverse tout sujet à cette période et dont l'instabilité, le tumulte et l'intermittence entravent un déroulement idéalement harmonieux où l'on pourrait répondre à tous les problèmes de formation et d'avenir.

LA PLACE DE LA SCOLARITÉ DANS LA VIE DE L'ADOLESCENT

Plusieurs enquêtes psychosociologiques nous permettent de situer la place de la scolarité dans la vie de l'adolescent. La Fédération nationale des écoles de parents et d'éducateurs a demandé à un échantillon d'adultes ce qui les préoccupait au moment de l'adolescence : les études viennent en seconde position (62 %), précédées par les relations avec les amis/amies (69 %), suivies par les loisirs-sorties (61 %), l'avenir professionnel (60 %), les conditions de la vie (53 %), les relations amoureuses (53 %), et enfin les relations avec les parents (48 %)… Cette même enquête a montré que, pour les parents, les sujets de discussion avec les adolescents portent essentiellement sur les résultats scolaires (n'en discute pas 1 % ; en général d'accord 66 % ; en général pas d'accord 31 %). Ceci est confirmé dans une autre enquête du même organisme auprès des adolescents eux-mêmes. À titre comparatif, les liaisons amoureuses semblent un sujet encore intime ou peut-être tabou (n'en discute pas 49 %, en général d'accord 34 %, en général pas d'accord 8 %).

Par ailleurs, comme le montre une enquête de G. Vincent (1974) auprès de 4 000 lycéens, l'adolescent attend de l'école autant un développement personnel qu'une préparation à la vie professionnelle.

Ce dernier point nécessite une définition de la scolarité plus large que celle d'une simple activité d'enseignement et d'acquisition des connaissances. La preuve nous en est fournie au niveau de l'école elle-même par l'intérêt pour les ateliers, les clubs ou les loisirs organisés ou prenant naissance dans le cadre scolaire. De même, le temps et l'espace qui se situent entre la maison et l'école, sur le chemin de l'école ou du lycée sont remplis d'activités, de rencontres et d'échanges qui entravent parfois l'acquisition des connaissances elles-mêmes, mais qui le plus souvent représentent une aire de transition indispensable entre deux modes de vie qui prennent à cet âge toute leur importance dans la dynamique du dedans et du dehors, du passé et du futur, du familier et de l'étranger, du groupe familial et du groupe social. Enfin, la participation à son développement personnel qu'attend l'adolescent de l'école questionne l'enseignant confronté lui aussi à un individu en plein développement et en crise. Ce dernier pourra être le représentant de plusieurs fonctions vis-à-vis desquelles il aura parfois des difficultés à se situer ou à se dégager.

LES CONDITIONS D'UNE BONNE SCOLARITÉ

Il est difficile, voire même impossible, de prévoir si la scolarité d'un jeune adolescent sera satisfaisante pour lui et pour son entourage, cette seule dualité étant source de point de vue divergent. Sans négliger ce qui s'est passé au cours de l'enfance, nous pouvons évoquer les deux séries de facteurs auxquels toute scolarité est soumise au cours du CES et du lycée : ceux liés au développement de la scolarité, ceux liés au système scolaire lui-même.

À partir de la classe de sixième, période qui nous intéresse ici, les possibilités intellectuelles, psychomotrices et affectives de l'enfant se modifient profondément. Nous n'insisterons que sur les changements qui peuvent entraver le développement de la scolarité soit parce qu'ils ne se déroulent pas, soit parce qu'ils se réalisent trop brusquement ou trop intensément.

— *Au point de vue de l'évolution intellectuelle,* comme l'a montré J. Piaget, l'enfant à partir de 12-13 ans devient capable d'abstraction. Il accède à la pensée dite formelle qui lui permet de déduire des conclusions à partir de pures hypothèses sans recours à une observation réelle; les opérations logiques sont transposées du plan de la manipulation concrète au plan des idées seules; il passe de la rédaction (raconter ses vacances) à la dissertation (qu'évoquent ces vacances?); il passe du calcul au problème. Les difficultés d'accès à la pensée abstraite renforceront pour certains les difficultés d'attention et d'intérêt pour la scolarité.

Aux différences entre la pensée concrète et la pensée abstraite s'ajoutent celles plus récentes entre la pensée divergente et la pensée convergente mises en évidence par J.P. Guilford : « dans les tests de pensée convergente, il y a presque toujours une seule conclusion ou une seule réponse considérée comme valable, et la pensée doit être canalisée ou contrôlée pour arriver à cette réponse… Dans la pensée divergente d'autre part, la recherche se fait dans de nombreuses directions. On le remarque aisément quand il n'existe pas de solution unique. La pensée divergente… se caractérise… par une plus grande dispersion. Liberté est laissée d'aller dans différentes directions… Il est nécessaire d'abandonner les anciennes solutions et de se lancer dans une nouvelle direction, et un organisme plein de ressources aura plus de chances de réussir » (J.P. Guilford, 1957).

Ces différences ne se limitent pas au processus cognitif (J.W. Getzels et P.W. Jackson, 1963) : « les intelligents tendent à converger vers les significations stéréotypés, à imaginer leur réussite personnelle selon des critères conventionnels, à se rapprocher des modèles offerts par les professeurs, à rechercher des carrières qui se conforment à ce que l'on attend d'eux. Les créatifs tendent à s'écarter des significations stéréotypées, à faire preuve d'une imagination originale, à concevoir leur réussite personnelle d'après des critères originaux, et à rechercher des carrières qui ne concordent pas avec ce qu'on attend d'eux. »

— *Au point de vue de l'évolution psychomotrice,* les transformations corporelles sont intenses, l'image du corps et le schéma corporel se transforment et, par là même, la représentation de l'espace et le contrôle tonicomoteur sont bouleversés. Le retentissement sur la scolarité est évident, aussi bien au niveau de l'exécution des tâches (écriture, travaux manuels, appropriation de l'espace) que de leur compréhension (une préoccupation corporelle trop grande démobilise l'adolescent pour ses opérations mentales). L'intérêt pour la gymnastique (contrairement à l'idée largement répandue) et

les travaux manuels où le corps s'exerce et s'utilise, en sont un autre exemple. Ces transformations corporelles sont évidemment la conséquence physiologique de la poussée pubertaire qui a également un retentissement affectif et relationnel.

— *La transformation des possibilités affectives et relationnelles* retentit aussi sur la scolarité. Des intérêts nouveaux émergent : la quête de l'autre sexe dans l'histoire où la littérature est mieux comprise, les difficultés des problèmes et l'intérêt de les résoudre sont associés aux préoccupations internes de l'adolescent vis-à-vis de lui-même et de son entourage ; le souhait d'autonomie et d'indépendance vis-à-vis du milieu familial facilite l'exploration de champs d'intérêts personnels, de recherche d'identification à un auteur, à une idéologie à travers un leader, à une matière par l'intermédiaire d'un professeur. Mais ces nouvelles possibilités affectives et relationnelles sont aussi marquées par le poids de la révolte, de l'opposition ou de la transgression à l'égard des parents ou de leurs substituts : les professeurs peuvent apparaître comme ces substituts directs.

Nous voyons ainsi que les conditions d'une « bonne » scolarité à cet âge de la vie sont étroitement dépendantes des changements qui s'opèrent de l'enfant à l'adolescent ; il est nécessaire d'en tenir compte et d'en expliquer le déroulement aux parents inquiets ou parfois obnubilés sur les seules conséquences scolaires.

Mais ces changements peuvent également avoir pour origine le système scolaire lui-même. L'entrée en sixième en constitue un exemple : changement de matières enseignées, responsabilité plus grande donnée à l'élève dans la conduite de ses études et de son emploi du temps, multiplicité des professeurs et disparité de l'organisation de l'espace, du temps et des repères humains. De même, l'orientation vers un enseignement spécialisé (SES) pour les enfants présentant un déficit intellectuel ou vers des classes aménagées pratiques ou d'apprentissage pour les enfants présentant un intérêt centré sur les matières concrètes peut être la source de changement de projets antérieurs établis par la famille ou l'enfant lui-même. Le bien-fondé ou l'acceptation de ces changements est plus ou moins bien assumé. L'arrêt de la scolarité à 16 ans ou sa prolongation met l'enfant dans deux situations tout à fait différentes : dans le premier cas il rentre directement dans le monde du travail et des adultes ; dans l'autre, il poursuit souvent plus longuement son processus d'adolescence. S'il poursuit sa scolarité au lycée, le choix de la section et la possibilité de s'y maintenir dans le but d'obtenir un brevet ou le baccalauréat créent parfois des problèmes pour l'adolescent et pour la famille. Certaines sections seront valorisées par les parents et non pas par l'adolescent. Certaines sections selon les époques, seront plus valorisées par la société (actuellement les sections scientifiques). Les particularités du système scolaire induisent donc elles-mêmes une nécessaire et parfois arbitraire adaptation.

Ainsi, comme l'a montré une étude récente sur l'échec et la réussite scolaire, le médecin devra savoir que ces derniers dépendent d'un ensemble de facteurs et surtout de leurs interactions (niveau intellectuel, âge, origine socioculturelle, aspects émotionnels personnels et surtout milieu familial qui semble très impliqué dans les cas d'échec scolaire par l'insuffisance ou l'erreur éducative, la pauvreté des échanges affectifs ou du climat d'épanouissement). Citons également une autre étude sur les relations entre intérêts, aptitudes et notes scolaires des élèves de terminale qui conclut : « Le succès de certaines disciplines scolaires (notamment le français, l'algèbre et la physique) est aussi fortement lié sinon plus aux intérêts qu'aux aptitudes. » Au cours du CES et du lycée, les « conditions » d'une bonne scolarité sont donc multiples, mais sont essentiellement marquées par les capacités de l'enfant et de son entourage à réagir favorablement aux changements et aux ruptures qui caractérisent cette époque.

ÉTUDE CLINIQUE

Les difficultés scolaires à l'adolescence peuvent se présenter comme une suite « logique » des difficultés scolaires de l'enfance ou au contraire comme un problème nouveau surgissant à cette période. Elles sont isolées ou au contraire associées à d'autres types de difficultés, en particulier comportementales. Enfin, elles seront transitoires ou durables. Bien qu'une autre classification soit possible nous avons choisi de traiter en trois parties ce chapitre clinique des difficultés scolaires :

– les difficultés scolaires de l'enfance se perpétuant à l'adolescence ;
– les difficultés scolaires transitoires de l'adolescence ;
– les difficultés scolaires durables de l'adolescence.

LES DIFFICULTÉS SCOLAIRES DE L'ENFANCE SE PERPÉTUANT À L'ADOLESCENCE

Il s'agit essentiellement de l'échec scolaire, terme réservé aux retards supérieurs à deux années. Les causes de cet échec sont variables :

La débilité mentale. — Comme pour l'enfant, la débilité mentale profonde ou moyenne entrave nécessairement la progression scolaire. En revanche, la progression scolaire dans le cas de débilité légère et surtout limite va dépendre d'une série de facteurs instrumentaux, affectifs, éducatifs et socioculturels. Rappelons ici pour mémoire que toute difficulté scolaire n'est pas équivalente évidemment de débilité.

Les dysharmonies cognitives. — Elles constituent un tableau psychopathologique caractérisé par des troubles et des insuffisances graves dans les

processus de symbolisation (dyspraxie, dysgnosie, dyschronie) et entraînant de sévères difficultés dans les acquisitions scolaires, mais aussi sociales et professionnelles. Elles surviennent essentiellement chez des enfants et des adolescents marginaux, non débiles, dits caractériels, psychopathes, prédélinquants ou délinquants. La compréhension psychopathologique de ces tableaux est différente selon les auteurs : « processus dépressif permettant d’échapper à des angoisses insupportables » (B. Gibello, 1976) ou, au contraire, « discontinuité dans la représentation mentale des objets, conséquence de la discontinuité brisante dans la qualité des relations affectives précoces » (H. Flavigny, 1977). Ces enfants et ces adolescents se rencontrent essentiellement dans les établissements spécialisés ou les SES, en raison de leurs difficultés comportementales et cognitives.

Mais, l’immense partie des échecs scolaires s’inscrit dans des perturbations dont l’origine est variée : carence socioculturelle au sens large, carence familiale, mais aussi malmenage scolaire et inadaptation de l’école (incapacité ou difficulté des structures scolaires à s’adapter aux enfants et adolescents marginaux).

LES DIFFICULTÉS SCOLAIRES TRANSITOIRES

Il s’agit des manifestations révélatrices inhérentes aux difficultés spécifiques du développement à cet âge. Nous y reconnaîtrons systématiquement le poids des changements affectifs et relationnels du processus de l’adolescence. Elles peuvent se résumer en deux grandes catégories : les hyperinvestissements scolaires et le fléchissement scolaire.

Les hyperinvestissements scolaires. — Ils se manifestent par un intérêt quasi exclusif pour les activités scolaires et une réussite nettement au-dessus de la moyenne. Ils se distinguent en ce dernier aspect des fléchissements scolaires où certes l’adolescent paraît travailler beaucoup, mais sans aucune efficacité ; nous en reparlerons plus loin.

Ces hyperinvestissements scolaires se rencontrent dans deux cas :

– soit l’adolescent craint de sortir de son enfance, c’est-à-dire de la stabilité, de l’équilibre, de la bonne intégration et de la dépendance à l’égard des parents ; il contrôle puissamment son monde pulsionnel et manifeste des comportements enfantins pour son âge, il se réfugie dans une hyperactivité scolaire montrant dans ce domaine une hypermaturité qui n’est pas forcément de bon aloi à moyen terme. Les turbulences du processus de l’adolescence paraissent parallèlement gommées dans les différents registres de sa personnalité ; les enseignants les moins informés et les parents ne s’en plaignent généralement pas ; en revanche, le praticien s’il s’en rend compte doit en apprécier les risques. En effet, ces hyperinvestissements transitoires

peuvent évoluer dans trois directions : soit parallèlement à l'absence de « crises », ils deviennent durables et ces adolescences « froides » ou « blanches » sont reconnues par leur caractère franchement psychopathologique ; soit ils s'inversent assez brusquement donnant l'impression d'une « lâchée » pulsionnelle où tout processus cognitif devient brusquement entravé ; soit heureusement ils s'allègent pour laisser apparaître progressivement un fléchissement transitoire commun à tout adolescent ;

– ailleurs l'adolescent réussit très bien sa scolarité mais présente des conduites psychopathologiques manifestes (drogue, gestes suicidaires, insomnie importante, anorexie, etc.) ; le décalage entre l'hyperinvestissement avec la réussite scolaire et les signes de souffrance de la personnalité doit faire craindre d'emblée une dysharmonie du développement.

Le fléchissement scolaire. — Le fléchissement scolaire succède à une période de scolarité satisfaisante. À notre point de vue, il est présent dans le déroulement de la scolarité de tout adolescent. Dans la majorité des cas, il débute sans cause apparente si ce n'est les troubles que suscitent les différents éléments qui caractérisent le processus de l'adolescence : transformation corporelle, apparition des règles, survenue des premiers rapports sexuels, conflit identificatoire, etc. Parfois cependant, il apparaît réactionnel à des difficultés externes (maladie ou séparation des parents, décès, etc.). Il est difficile de préciser une classe au cours de laquelle sa survenue est plus fréquente si ce n'est la classe de quatrième et celle de seconde où nous l'avons plus volontiers observé. Il n'est sans doute pas anodin de constater que ces deux classes coïncident volontiers avec la mise en place des différents facteurs intrapsychiques qui caractérisent la première partie puis la deuxième partie de l'adolescence selon la différenciation de certains auteurs (*cf.* p. 56).

La description de ce fléchissement scolaire peut se résumer ainsi : sans raison apparente et de façon progressive, souvent au cours du premier trimestre de l'année scolaire, les résultats deviennent moins bons dans une matière ou dans plusieurs, sans pour autant que l'adolescent se plaigne concrètement d'un désintérêt pour sa scolarité. L'adolescent peut même, dans cette première phase, manifester un étonnement et une inquiétude vis-à-vis de ce fléchissement dont il a beaucoup de difficultés à exprimer l'origine ou les origines. Dans une seconde phase, ce fléchissement se modifie : il peut s'étendre à l'ensemble des matières ou, au contraire, concerner une seule matière, mais l'échec est alors massif dans celle-ci. De plus, ce fléchissement s'associe progressivement soit à un désintérêt manifeste à l'égard de la scolarité, soit à une fuite dans un travail qui est d'autant plus décevant qu'il paraît de moins en moins efficace.

Associé à ce fléchissement, un certain retrait du milieu familial, une certaine morosité impriment à la vie apparente de l'adolescent un aspect volontiers ralenti, entrecoupé de brèves réactions dans un domaine ou dans

un autre dont la brusquerie étonne l'entourage. L'absentéisme scolaire peut se rencontrer, mais il est généralement modéré.

L'évolution de ce fléchissement scolaire est favorable dans la majorité des cas. Il est donc normalement transitoire. En revanche, il risque de devenir durable lorsque l'adolescent focalise sur ce fléchissement l'image qu'il a de lui-même (risque d'entrer dans la névrose d'échec par exemple).

D'un point de vue psychologique, ce fléchissement apparaît comme la conséquence directe des différents changements caractéristiques de l'adolescence.

Le déplacement de l'érotisation du corps sur l'activité de pensée est un premier aspect. La surprise que constitue la puberté et l'érotisation du corps qui s'ensuit sont déplacés par l'adolescent sur l'activité de pensée et s'accompagnent d'une inhibition à l'activité intellectuelle et créatrice, associées à une inhibition sexuelle ou au contraire à une activité hautement proclamée, cherchant tout autant à éteindre la nouveauté et la surprise (E. Kestemberg, 1980).

Associée à des degrés variables aux précédents, la dimension dépressive (*cf.* chap. 9, Clinique) est une seconde cause de ce fléchissement. L'humeur dépressive, l'ennui ou la morosité vont retentir sur l'activité intellectuelle, la ralentir et être à l'origine d'un désintérêt grandissant. Le vide dépressif s'exprime clairement dans les difficultés que ressent l'adolescent à suivre une pensée dans un exposé, une lecture ou un exercice scolaire.

Enfin, la dynamique entre l'adolescent et ses parents s'exprime et s'organise parfois de façon privilégiée à propos de la scolarité : le fléchissement devient alors l'enjeu des différents conflits qui sous-tendent cette dynamique. Le fléchissement scolaire peut même avoir une fonction homéostatique conflictuelle.

LES DIFFICULTÉS SCOLAIRES DURABLES

Nous entrons ici dans un champ franchement pathologique : les difficultés durent et s'organisent en un système stable.

Tout d'abord, il peut s'agir d'une évolution défavorable des difficultés transitoires évoquées précédemment. Un hyperinvestissement scolaire qui se perpétue envahi souvent le fonctionnement psychique de l'adolescent dont l'activité scolaire mobilise tous les mécanismes de défense vis-à-vis de son monde pulsionnel. Il s'agit souvent des adolescents chez lesquels le processus de l'adolescence peut lui-même être absent, ce que le sujet risque de payer fort cher à un moment ou à un autre de sa vie.

De même, un fléchissement scolaire qui dure peut se transformer en un réel échec scolaire avec toutes les conséquences qui s'ensuivent pour l'avenir du sujet. Sur un plan psychopathologique le fléchissement durable est surtout le signe d'une entrave beaucoup plus profonde au déroulement du processus de l'adolescence. La preuve en est, au point de vue symptomatique, qu'à ce

fléchissement scolaire durable s'associent quasi systématiquement des symptômes dans d'autres registres du fonctionnement : registre corporel avec apparition de conduites anorectiques ou boulimiques, registre comportemental avec d'éventuelles conduites toxicomaniaques, délinquantielles ou même suicidaires, enfin registre névrotique ou même psychotique.

Nous rencontrons ici des adolescents dont les attitudes d'échec, les sentiments dépressifs ou les difficultés importantes à supporter les différentes angoisses propres à cet âge, envahissent leur fonctionnement psychique.

Associée ou non à l'état précédent, les difficultés scolaires peuvent prendre des formes plus spécifiques : rupture scolaire, phobie scolaire, ou processus de détérioration.

Phobies scolaires. — En 1941, A. Jonhson et coll. proposent le terme « phobie scolaire » pour décrire « des enfants qui pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer ». Rapidement ce terme sera l'objet de controverses qui portent d'une part sur la signification « phobique » du symptôme et d'autre part sur l'organisation psychopathologique sous-jacente. Nombreux sont les auteurs qui contesteront l'appellation « phobie » en lui préférant les expressions comme « angoisse de séparation » (Bowlby puis Abelson, Berney…), ou « trouble panique » (Klein) dans la perspective descriptive du DSM-III-R, voire « refus scolaire anxieux » (L. Hersov, 1991). Au plan psychodynamique la prédominance de l'organisation névrotique est souvent critiquée en même temps qu'une attention est portée aux interactions familiales (« névrose mutuelle » de H.R. Estes et Ch. Haylett, 1956). De nos jours dans la littérature anglo-saxonne l'expression « refus anxieux de l'école » (C.G. Last, 1987) tend à prendre la place du terme « phobie scolaire » souvent conservé dans la littérature francophone. Le « refus anxieux de l'école » expression la plus neutre et la plus descriptive est la partie visible d'une constellation psychopathologique toujours complexe tant sur le plan individuel que familial.

Repères épidémiologiques. — L. Hersov, dans une revue de la littérature, évalue la fréquence des phobies scolaires de 1 à 8 % de la population consultante concernée avec une moyenne autour de 5 %. Cette fréquence était de 3 % dans l'enquête de l'île de Wight chez les enfants de 10 à 11 ans (Rutter). Elle serait de 0,3 à 1,7 % pour l'ensemble de la population d'âge scolaire. Le sex ratio tend à évoluer vers un relatif équilibre après avoir observé une nette prédominance chez les garçons. Actuellement, il oscille autour de 3 garçons pour 2 filles.

L'âge de début semble présenter plusieurs pics : dans la petite enfance (5-7 ans) à la préadolescence (10-11 ans) à l'adolescence (12-15 ans). Il n'est pas rare que la phobie scolaire apparaisse au lycée ou à l'entrée en faculté. L'âge moyen proposé par les diverses études paraît plus refléter la

population de recrutement du service que la réalité épidémiologique. L'âge de début serait peut-être un peu plus tardif pour les filles (J.M. Gal et D. Marcelli, 1993). Au plan social il semble exister un parallélisme entre la valorisation des études tant au plan individuel et familial qu'au plan social et la fréquence des phobies scolaires. Le cas du Japon est exemplaire où les « refus scolaires anxieux » représentent 60 à 70 % des cas dans certains centres de consultation (Suzuki, *in :* Chiland et Young, 1991). On connaît dans ce pays le poids du système de compétition scolaire.

Des facteurs déclenchants sont souvent retrouvés : déménagement avec changement d'établissement, changement de cycle et d'école, maladie avec interruption temporaire de la scolarité, altercation avec un enseignant ou un pair…

Description clinique. — Comme pour l'enfant, **l'expression symptomatique aiguë** est liée à l'école : lors du départ au collège, au lycée, l'adolescent s'agite, manifeste une angoisse croissante. Parfois cette angoisse apparaît seulement dans la salle de classe ou à l'occasion de certains cours. Cependant, le malaise ira croissant en intensité, s'étendant aux autres cours et au chemin de l'école. Si l'adolescent est forcé, des manifestations comportementales apparaissent : cris, agitation, violence, fuite. Plus rarement l'adolescent se laisse apparemment convaincre mais la crise d'angoisse et le besoin d'évitement apparaîtront à l'occasion d'une remarque, d'une altercation minime entre l'adolescent et un enseignant ou un pair. La fréquentation de l'infirmerie devient quotidienne ou pluriquotidienne jusqu'au refus.

Les rationalisations secondaires pour justifier le refus d'aller en classe sont variées et nombreuses. Elles portent soit sur le travail scolaire, en particulier sur la crainte d'examen ou de contrôles, soit sur le désintérêt à l'égard des connaissances scolaires, mais ce désintérêt s'accompagne d'une note d'angoisse, soit enfin sur les craintes suscitées par la fréquentation des autres adolescents ou adolescentes (sentiment d'être rejeté par les autres, d'être l'objet de moquerie, crainte par rapport à une relation affective ou par rapport aux adolescents de l'autre sexe, etc.).

Parfois la phobie scolaire reste rigoureusement isolée, l'adolescent paraissant libre de toute difficulté en dehors de la stricte confrontation à la situation scolaire. Il est capable de se promener, continue à voir amis et copains, pratique ses habituelles activités extrascolaires, sportives, artistiques ou culturelles. Cependant dans la majorité des cas, l'adolescent présente d'autres manifestations symptomatiques. Celles-ci peuvent se regrouper sous trois aspects :

– L'existence d'autres manifestations anxieuses plus ou moins patentes : agoraphobie, phobie des transports en commun, phobie sociale et surtout manifestation d'angoisse de séparation en particulier à l'égard de l'un ou l'autre parent. Plus les manifestations phobiques et l'angoisse de séparation

sont envahissantes plus la vie de l'adolescent se confine et se restreint à l'espace familial.

– Des troubles du comportement en particulier dans le cadre familial : autant l'adolescent paraît soumis, craintif, replié en dehors du milieu familial, autant il peut devenir exigeant, tyrannique, coléreux et même agressif dans le cercle familial : crise de colère, passage à l'acte violent à l'égard d'un membre de la fratrie ou même d'un parent, comportement autoritaire ou tyrannique vis-à-vis d'un parent que l'adolescent cherche à diriger et contrôler dans la plupart des gestes de la vie quotidienne. L'adolescent réalise parfois une sorte d'emprise sur la vie familiale qui est comme l'image inversée de la totale perte d'autonomie et de contrôle qu'il éprouve dans la vie extrafamiliale.

– Enfin des symptômes de la série dépressive sont fréquents chez le préadolescent et l'adolescent :

- crise de larmes avec idées tristes persistantes,
- sentiment de dévalorisation, de baisse de l'estime de soi,
- idées de mort, voire même pensées suicidaires qui cependant conduisent rarement au passage à l'acte suicidaire (il y a peu d'association tentative de suicide-phobie scolaire décrite dans la littérature),
- repliement sur soi, indifférence, désintérêt progressif pour toutes les activités y compris celles que l'adolescent investissait de façon très positive auparavant,
- troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, réveils fréquents, cauchemars nocturnes. La fréquence de ces cauchemars, l'existence de crises d'angoisse la nuit justifient les demandes de l'adolescent concernant les aménagements nocturnes : garder la porte de la chambre ouverte, dormir dans la même pièce qu'un des parents et au maximum dormir avec celui-ci.
- modification de l'appétit et de l'alimentation avec perte de l'appétit, conduites anorectiques ou au contraire conduites boulimiques.

L'existence de ces manifestations symptomatiques dépressives appelle une remarque concernant les rapports entre phobie scolaire et dépression. Un certain nombre d'auteurs ont parlé de « dépression masquée ». Parfois la sémiologie dépressive est évidente et la phobie scolaire est un masque bien léger qui laisse facilement voir les signes dépressifs et la problématique dépressive sous-jacente. En revanche, il est des cas où la phobie scolaire semble tout à fait isolée, où l'adolescent n'exprime aucune plainte dépressive, ne présente aucun symptôme évocateur de dépression, du moins lors des premiers entretiens. Il est habituel que dans le cours de l'approche psychothérapique une problématique de nature dépressive apparaisse. Très fréquemment lorsqu'on prive l'adolescent des bénéfices secondaires qu'il tire de sa situation tout en respectant son symptôme phobique, peu à peu un

ennui, une tristesse se fait jour, initiant progressivement une véritable problématique dépressive.

Phobie scolaire de l'adolescent : antécédents dans l'enfance. — L'analyse des antécédents infantiles des adolescents phobiques scolaires révèle de fréquentes difficultés antérieures (J.M. Gal, 1993) :

– problèmes scolaires antérieurs (60 % des cas) sous forme :

- d'une angoisse de séparation excessive en intensité et surtout en durée lors de l'entrée en maternelle et en cours primaire (6 ans),
- de difficultés d'assiduité avec de nombreuses absences (quels qu'en soient les motifs) pendant le cours de la scolarité ;

– problèmes divers d'alimentation (anorexie), de sommeil (refus du coucher, cauchemars, somnambulisme, etc.) pour 25 % des cas environ dans la petite enfance ;

– problèmes liés aux séparations. D'une part on retrouve peu ou pas de séparation familiale pour des motifs développementaux positifs (colonie de vacances, séjours scolaires, séjours chez des amis, séjours linguistiques à l'étranger, etc.). L'absence de séparation semble la règle dans ces familles où la cohésion ne doit pas être mise en péril par les obligations usuelles de la vie. D'autre part, il existe un petit groupe de patients ayant vécu une ou deux séparations d'allure traumatique dans la petite enfance soit du fait d'une maladie ou d'un accident subi par l'enfant ou du fait des parents (séparation parentale, maladie grave, décès, etc.).

Ces constatations montrent que si la pathologie « phobie scolaire » semble apparaître à l'adolescence, elle est en général précédée de manifestations symptomatiques témoignant d'une part d'une anxiété excessive, d'autre part de liens familiaux particuliers (voir paragraphe ultérieur).

Diagnostic différentiel. — Il importe de distinguer la phobie scolaire ou le refus scolaire anxieux :

– du désintérêt, fléchissement ou désinvestissement scolaire (voir p. 489) : le désintérêt ne s'accompagne pas d'un arrêt de la fréquentation scolaire, du moins au début. En outre, le comportement n'est pas dominé par l'angoisse. Cependant il est parfois difficile de distinguer entre désinvestissement, état dépressif et phobie scolaire quand s'associent les manifestations d'anxiété et de dépression ;

– du refus scolaire, de la rupture scolaire (*cf.* paragraphe suivant) : le refus scolaire concerne l'absence d'intérêt porté aux acquisitions scolaires, la rupture scolaire est dominée par les processus d'exclusion soit du fait de l'école, soit du fait de l'adolescent et de sa famille (marginalisation, exclusion sociale), les deux rejets se conjuguant habituellement.

Abord psychopathologique individuel : angoisse de séparation versus élaboration phobique. — Comme pour l'enfant plus jeune (voir *Enfance et*

psychopathologie), la phobie scolaire paraît être une conduite surdéterminée, trouvant ses origines à différents niveaux d'organisation structurelle.

La première question est celle du statut du symptôme phobique avec le travail d'élaboration psychique que l'expression phobique implique. À partir de l'anxiété de séparation développementale et de son élaboration, la question ainsi posée concerne le rapport entre angoisse de séparation pathologique, trouble panique (attaque de panique) et élaboration psychodynamique de type phobique (travail de refoulement, déplacement autour de l'angoisse de castration et pas seulement de l'angoisse de séparation).

Si le modèle théorique et explicatif « angoisse de séparation » apparaît d'autant plus pertinent que l'enfant est jeune, la reprise du même modèle à l'adolescence risque d'aboutir à une méconnaissance du travail psychique propre à cet âge. Néanmoins, de nombreux auteurs considèrent le refus scolaire anxieux à l'adolescence comme simplement rattaché à l'angoisse de séparation (position du DSM-III-R, de D.F.Klein, R. Gitelman-Klein, etc.). Cette position théorique conduit à proposer une corrélation linéaire entre angoisse de séparation pathologique et trouble panique voire une équivalence sémiologique, seul le niveau du développement expliquant les différences cliniques observables.

Incontestablement la clinique vérifie cette assertion dans un nombre assez important de cas d'adolescents avec « refus scolaire anxieux » qui présentent souvent des antécédents infantiles d'angoisse de séparation pathologique (pour environ 60 à 70 % des cas de phobie scolaire à l'adolescence) et d'autres manifestations d'angoisse associées au refus scolaire.

Cependant, il existe aussi des cas de « phobie scolaire » relativement isolée : l'adolescent supporte aisément des séparations pour des activités ludiques, sportives ou autres sans angoisse particulière. Toute l'anxiété semble focalisée sur l'école aussi bien dans son aspect concret (le collège, la salle de cours) que symbolique (la capacité à suivre l'enseignement, le choix d'une orientation, etc.). Dans ces derniers cas, l'angoisse paraît beaucoup plus résulter d'un travail d'élaboration psychique que de découler directement des anxiétés de séparation de la petite enfance.

Il est probable que la conduite « phobie scolaire » condense ainsi des niveaux d'organisation psychopathologique très variables, constatation sur laquelle s'accorde d'ailleurs la grande majorité des auteurs.

Ainsi pour M. Sperling, les phobies scolaires sont liées à une phase psycho-affective précoce, sadique anale et donc préœdipienne du développement : elles témoignent d'un conflit autour de la séparation et de l'autonomisation de l'enfant par rapport à la mère et traduisent des défaillances dans l'organisation narcissique. La relation d'objet phobique permet le maintien du lien infantile à la mère et préserve les fantasmes d'omnipotence. De même pour Lebovici et Le Nestour « les phobies scolaires sont la manifestation d'une pathologie d'expression névrotique mais dont les symptômes sont peu élaborés », participant à la fois de l'agora-

phobie et renvoyant à une angoisse de séparation mal élaborée. L'enfant se défend de cette angoisse de séparation par la passivité et prend sa mère comme objet contraphobique. Mais ces auteurs précisent : « la phobie scolaire ne protège pas contre l'expression comportementale d'une névrose très insuffisamment mentalisée et se situe au carrefour de l'insuffisance d'élaboration névrotique et de la mise en acte. »

Cependant, ces auteurs ainsi que bien d'autres à leur suite, ne semblent pas prendre en compte les particularités de l'adolescence en tant que telles. L'adolescence en effet ajoute ses propres exigences et ses lignes de tension psychodynamiques en particulier le nécessaire désengagement du lien aux objets œdipiens et la qualité nouvelle des relations aux pairs (voir chap. 1).

La réactivation de la problématique œdipienne avec la nécessité intrapsychique de s'éloigner des objets œdipiens est vécue par nombre d'adolescents phobiques scolaires dans un mélange de culpabilité et de charge agressive difficilement contrôlée et médiocrement intriquée aux pulsions libidinales. Les particularités de l'organisation familiale que nous allons voir renforcent cette difficulté de l'adolescent. L'importance de l'ambivalence et la place de l'agressivité par rapport aux images parentales sont illustrées par la fréquence d'apparition de comportement ouvertement agressif au sein de la famille en même temps que s'installe la phobie scolaire : crise de violence dirigée contre les objets, parfois même agressivité verbale ou gestuelle envers l'un des parents (en particulier chez le garçon envers sa mère). En même temps que la phobie scolaire maintient l'adolescent dans son espace familial et représente un contre-investissement défensif du désir culpabilisé d'autonomie, les pulsions agressives s'actualisent et permettent de dénier le désir de passivité et de soumission au parent du même sexe.

Ce désir de passivité et de soumission participe de la problématique œdipienne indirecte sur laquelle P. Blos a fortement insisté (voir p. 32). À partir de son expérience de traitement d'adolescent phobique scolaire par le psychodrame, Ch. Flavigny (1990) comprend la phobie scolaire comme « une attitude de défense luttant contre un intense désir d'exhibition masochiste » avec l'actualisation d'un fantasme de fustigation. Il s'agit alors de savoir si ce fantasme masochiste est l'expression d'un désir pulsionnel lié à la phase œdipienne indirecte (obtenir à l'adolescence l'amour et le soutien du père) mais culpabilisé et transformé en son contraire ou s'il traduit une transformation d'un désir exhibitionniste inscrit dans une problématique phallique perverse auquel la puberté donne une acuité nouvelle par rapport à l'enfance.

Outre ce maniement difficile de l'agressivité, on note fréquemment, en particulier chez le garçon, une carence dans l'idéal du Moi, carence liée aux difficultés d'identification à l'image paternelle défaillante. Cette carence dans l'idéal du Moi explique la fréquence de la problématique dépressive sous-jacente à la conduite phobique. Cette dimension dépressive est égale-

ment prise en compte par A. Birraux (1990) pour qui la phobie à l'adolescence représente un mécanisme protecteur utilisé par le Moi de l'adolescent en « état de dénuement objectal total » après la période de désengagement du lien œdipien. Pour cet auteur « la phobie, à l'adolescence, serait un symptôme qui viendrait signifier l'impuissance du Moi à gérer l'afflux pulsionnel de la puberté ». Brèche dans la capacité de Moi à gérer le conflit, la phobie de l'adolescent traduit l'effondrement de la fonction narcissique de l'objet. Cet objet par projection devient dangereux, phobogène, le rôle de la projection étant de préserver autant que faire se peut le narcissisme propre à l'adolescence. À cet âge, les diverses phobies témoignent de l'antagonisme conflictuel entre investissement narcissique et investissement d'objet, antagonisme qui est probablement une des spécificités de l'adolescence (voir chap. 1, Identité-Identification). La phobie scolaire prend plus spécifiquement le sens d'une attaque contre les processus de pensée ressentis comme persécuteurs du fait des exigences développementales. L'école devient alors, par déplacement, le lieu symbolique de cette persécution par la pensée et par les désirs qui seraient susceptibles de s'y représenter.

Avant d'aborder la dynamique familiale il est nécessaire de prendre en compte la qualité des relations aux pairs. On sait l'importance des relations aux pairs à l'adolescence et leur rôle dans la constitution de l'idéal groupal, idéal de transition entre l'idéal du Moi de l'enfant et celui du futur adulte (voir p. 23). Pour certains adolescents phobiques scolaires, il semble essentiel d'éviter la confrontation au groupe des pairs parce que celle-ci réactualise et brutalise le lien de dépendance extrême aux images œdipiennes et parfois même à la personne des parents. Il est frappant de constater que ces adolescents ont en général d'excellentes relations avec un ami et de détestables relations avec le groupe, surtout le groupe de la classe. L'ami ne fait habituellement pas partie des élèves de la classe actuelle mais a été connu dans une des classes précédentes. Ce type de relation s'observe tout particulièrement chez les garçons phobiques scolaires alors même qu'il est plus habituel chez la fille. La signification de cette relation amicale est à chercher du côté du lien au parent du même sexe et témoigne d'une tentative ébauchée de désengagement du lien œdipien direct en s'étayant sur le lien œdipien indirect. C'est toute la question de la relation homosexuelle passive au parent du même sexe dont P. Blos considère qu'elle représente un temps essentiel dans l'élaboration de l'adolescence et du désengagement du lien œdipien. Malheureusement pour l'adolescent phobique scolaire le lien œdipien indirect avec le parent du même sexe ne lui procure pas la force et les possibilités identificatoires nécessaires : pour le garçon le père est déchu, absent, dépressif, pour la fille la mère est phobique et le père conforte souvent les craintes phobiques de sa femme. L'adolescent n'a d'autre solution qu'un surcroît de soumission passive lui permettant à la fois de trouver une issue identificatoire et de préserver fantasmatiquement ses objets œdipiens. Or la dynamique d'une telle relation faite de soumission passive est particulière-

ment dangereuse au sein du groupe des pairs car elle inscrit l'adolescent dans une position d'homosexualité passive et le place automatiquement en situation de bouc émissaire du groupe.

À l'âge où l'individu en a le plus besoin, sa participation au groupe des pairs est souvent difficile, ce qui rejette l'adolescent au sein de la famille et entrave ses désirs de séparation.

Dynamique familiale. — La psychopathologie individuelle qui vient d'être décrite est en général renforcée par les particularités de l'organisation familiale. Plus encore que pour l'enfant jeune, dans le cas des adolescents phobiques scolaires les images parentales sont assez contrastées.

Les pères sont très souvent des personnes soit absentes ou inaccessibles, soit déchues dans leur rôle et fonction. On note aussi une grande fréquence d'éloignement du père par divorce, séparation parentale ou motifs divers (par exemple, père absent de façon régulière et prolongée pour raison professionnelle). Présents, ils sont souvent dévalorisés par la mère, malades chroniques, invalides. Ils souffrent assez souvent d'anxiété chronique et ont des traits névrotiques notables en particulier dépressifs. Sur 62 cas de phobie scolaire à l'adolescence, ces défaillances physiques (absence, maladie, etc.) ou psychique s'observent pour 70 % d'entre eux (J.M. Gal et D. Marcelli). L'adolescent garçon ne trouve pas auprès de son père des possibilités identificatoires suffisamment solides et positives de façon à utiliser cette relation œdipienne indirecte pour contrebalancer l'emprise de la relation maternelle et tenter de s'en extraire.

Les mères présentent aussi des particularités. I. Berg souligne la fréquence des mères elles-mêmes phobiques. Pour notre part, nous avons retrouvé souvent des profils de mères avec une anxiété excessive et/ou des traits de personnalité ouvertement névrotiques. Le lien d'hyperdépendance précoce mère/enfant est habituel sans qu'il soit toujours possible de savoir qui est l'initiateur de ce lien. De ce point de vue, l'expression de « névrose mutuelle » proposée dès 1956 par H.R. Estes et Ch. Haylett (1956) pour décrire le lien anxieux mère/enfant paraît très pertinente. Le lien mère phobique-fille phobique dans lequel mère et fille sont inscrites dans un rapport identificatoire trop direct, non médiatisé par un père à la fonction défaillante semble fréquent. Un état dépressif plus ou moins chronique existe souvent chez les mères d'adolescent ayant une phobie scolaire. Dans ces conditions le désir d'autonomie suscite un sentiment de culpabilité chez l'adolescent, sentiment d'autant plus grand qu'il s'estime lui-même et est parfois désigné par l'ensemble de la famille comme le soutien thérapeutique nécessaire à la mère. Cette constellation familiale est très fréquente et explique le renforcement des conflits habituels à l'adolescence et leur progressive fixation.

Enquêtes familiales ascendantes : devant ces constatations cliniques, des études épidémiologiques familiales ont été réalisées avec pour objectif particulier de distinguer la pathologie anxieuse et la pathologie dépressive familiale.

Par rapport à des familles témoins appariées, G.A. Bernstein et coll. (1990) constatent une augmentation significative de fréquence de troubles thymiques ou de troubles anxieux et thymiques chez les ascendants au premier et au second degrés d'enfant et adolescent présentant une phobie scolaire. En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les ascendants des deux groupes pour les troubles anxieux seuls.

C.G. Last et coll. (1987) ont comparé 48 enfants présentant un trouble « angoisse de séparation » (avec ou sans refus anxieux de l'école) et 19 enfants diagnostiqués « phobie scolaire » ainsi que leurs mères. Le profil des mères semble très différent dans ces deux populations avec une fréquence particulièrement élevée de trouble thymique (86 %) chez les mères d'enfants avec angoisse de séparation alors que les troubles anxieux sont aussi fréquents dans les deux groupes. Il apparaît clairement que l'angoisse de séparation pathologique ne peut expliquer à elle seule la constitution de la phobie scolaire.

À partir des remarques concernant la dynamique familiale et les hypothèses psychopathologiques individuelles, nous proposons la synthèse suivante : la phobie scolaire de l'adolescent trouve d'abord son origine dans un lien infantile d'hyperdépendance mère/enfant ; elle se constitue ensuite autour des défaillances dans les processus d'identification au parent du même sexe d'un côté et de l'incapacité de la figure paternelle à s'interposer dans le lien primaire mère/enfant d'un autre côté ; elle s'actualise enfin sous l'effet de la double contrainte d'une part des exigences de penser à l'école et d'autre part des conflits d'allégeance au groupe des pairs.

Par sa complexité, la phobie scolaire représente un modèle des émergences pathologiques propres à l'adolescence où se trouvent ainsi impliqués :

– l'axe narcissique génétique par le lien d'hyperdépendance précoce mère/enfant ;

– l'axe narcissique actuel de l'adolescence par les défaillances du lien identificatoire au parent du même sexe ;

– l'axe œdipien réactualisé à l'adolescence et que la défaillance de l'instance paternelle pour servir d'étayage au désengagement du lien primaire rend en partie inopérant ;

– l'axe de l'idéal du Moi et de son élaboration par les investissements sublimatoires de la pensée vécu ici comme une menace ;

– l'axe des relations sociales avec l'habituelle fonction d'idéal de transition qu'offrent habituellement les pairs et qui ici rejettent l'adolescent dans l'enclos familial.

Ne traduisant pas une organisation névrotique simple, la phobie scolaire à l'adolescence explique la diversité relative des organisations psychopathologiques sous-jacentes qui ont été incriminées. Cependant, elle entrave et contrarie les processus développementaux naturels expliquant le pronostic social souvent réservé.

Prise en charge thérapeutique et évolution. — Le traitement des adolescents phobiques scolaires est difficile, complexe, nécessairement multifocal et souvent décevant. Les interruptions thérapeutiques sont fréquentes soit parce que l'hypothèse d'une séparation (internat, foyer thérapeutique) n'est pas tolérée par l'adolescent ou ses parents soit parce que l'absence de modification comportementale conduit les parents à renoncer.

La demande thérapeutique est souvent limitée aux symptômes, qu'il s'agisse de la phobie scolaire elle-même ou des troubles du comportement associés. L'approche familiale est vite perçue comme une menace pour le fragile équilibre familial.

La dimension dépressive est souvent l'axe psychopathologique sur lequel il est possible d'agir, quand les manifestations dépressives sont perceptibles. Avant toute décision d'indication thérapeutique au long cours, les consultations d'évaluation (voir chap. 3, p. 66) sont indispensables ainsi qu'une bonne perception des alliances thérapeutiques (voir chap. 22, L'alliance thérapeutique).

Une psychothérapie individuelle associée à des aménagements du cadre de vie (internat thérapeutique) représentent probablement les meilleures possibilités de changement. Une thérapie cognitivo-comportementale centrée sur les symptômes phobiques et la prescription d'antidépresseurs ou de molécules efficaces sur l'« attaque de panique » ont été proposées. Il n'existe que des études ouvertes pour évaluer cette efficacité. À la lumière de notre expérience ces prescriptions (antidépresseurs en particulier) peuvent avoir l'intérêt de lever en partie l'inertie et le repliement dépressif et d'autoriser la mise en place du cadre thérapeutique évoqué ci-dessus. Cependant, il n'est pas exceptionnel que l'amélioration dépressive serve de justification pour suspendre rapidement toute autre demande thérapeutique.

L'évolution. — On doit distinguer l'adaptation scolaire et sociale proprement dite et le pronostic en terme de fonctionnement psychique (pronostic lié aux possibilités thérapeutiques).

– **Pronostic scolaire puis social.** La reprise de la scolarité est plus rare chez l'adolescent que chez l'enfant. Les retours en classe oscillent entre 40 et 60 %, résultats qui dépendent de la durée de la catamnèse. Ces retours en classe seraient d'autant plus fréquents que l'enfant est jeune et qu'il s'agit d'un garçon. Dans une série personnelle portant uniquement sur des adolescents (11-19 ans) (J.M. Gal et D. Marcelli : 62 cas de phobie scolaire à l'adolescence) 40 % sont retournés en classe dans les six mois suivant la première consultation, pour 20 % de cas supplémentaires le recul était insuf-

fisant pour évaluer l'évolution en terme de retour en classe ; enfin 40 % n'étaient pas retournés en classe parfois depuis plusieurs années. En terme épidémiologique, les facteurs de retour « possible » en classe nous ont paru être les suivants : être un garçon, plutôt un préadolescent (11/13 ans), un enfant unique ou intermédiaire (par conséquent pas le dernier de la fratrie), avoir eu l'expérience de séparation dans l'enfance, ne pas avoir éprouvé de difficulté lors de la mise en maternelle et dans la suite de la scolarité. Les facteurs de « résistance » au retour à l'école sont inverses : être une fille, adolescente (16 ans et plus), dernière d'une fratrie de deux ou plus, ne pas avoir vécu de séparation dans l'enfance, avoir éprouvé des difficultés de séparation à l'école maternelle ou en primaire.

Dans certains cas, malgré le non-retour à l'école, l'adolescent poursuit par correspondance (Centre National d'Enseignement à Distance) des études conformes à son âge. Le plus souvent on assiste à un désinvestissement scolaire et à une situation de marginalisation progressive.

En effet, dans un nombre assez important de cas, sont signalées des évolutions dominées par la marginalisation sociale, voire même par la délinquance.

– **Pronostic psychiatrique.** Ces évolutions sociales défavorables signalées ci-dessus traduisent, selon ces mêmes auteurs, des évolutions vers des conduites perverses, psychopathiques ou vers le maintien du retrait, de l'isolement. La structuration progressive sur le mode d'un état limite serait assez fréquente. Cependant, d'autres auteurs (I. Berg et A. Jackson, 1985) considèrent que le pronostic de la phobie scolaire est relativement bon, la moitié des sujets étant indemne de complications psychiatriques ultérieures, tandis que l'autre moitié ne souffrirait que de troubles psychiatriques qualifiés de mineurs, seuls 5 % des patients ayant dû être hospitalisés par la suite.

RUPTURE ET DÉCROCHAGE SCOLAIRE

La rupture scolaire survient dans deux circonstances différentes. Il peut s'agir d'un souhait brutalement exprimé par l'adolescent sans que des éléments franchement alarmants l'aient précédée. La gravité de ce souhait réside dans la conviction exprimée : l'adolescent semble en effet tenir, dans ce cas, fermement à interrompre ses études, il exprime toute une série de raisons dont la logique est parfois difficile à entamer. Cet aspect logique, brutal, rigide donne souvent l'apparence d'une réaction d'allure paranoïaque dont on comprend, au point de vue psychopathologique, la construction. En effet, une dépression sous-jacente est toujours le moteur de cette réaction. Celle-ci peut, du reste, survenir à la suite ou précéder un état dépressif passé inaperçu ou apparent. L'accès à la dimension dépressive de cette réaction représente la possibilité de s'en dégager.

Ailleurs, la rupture scolaire s’inscrit dans le prolongement d’un fléchissement scolaire auquel s’est associé un absentéisme de plus en plus important, parfois même des fugues du milieu familial. Ici, le risque est l’escalade vers des formes plus graves avec une succession de passages à l’acte, l’apparition d’un désœuvrement, de passivité. La vulnérabilité aux rencontres de hasard représente un facteur de risques non négligeable. La dimension interactive entre la rupture scolaire et les autres conduites d’une part, l’environnement familial et social d’autre part, prend toute son importance. Nous ne nous trouvons plus comme dans le cas précédent, dans une situation de polarisation des conflits intrapsychiques sur un domaine donné, mais beaucoup plus dans un mode de fonctionnement où cette rupture scolaire s’articule avec d’autres éléments qui la renforcent. L’articulation devient alors assez organisée pour que la rupture se réalise réellement et définitivement.

Problèmes psychopathologiques et difficultés scolaires. — Sans établir une équivalence simpliste entre difficultés scolaires et difficultés psychopathologiques, la grande majorité des pathologies mentales ont un retentissement sur la qualité de la scolarité allant jusqu’à l’échec scolaire complet. Inversement toutes les enquêtes épidémiologiques récentes montrent l’existence d’un lien entre l’échec à l’école, une scolarité dans des filières courtes, a fortiori la déscolarisation d’un côté et de l’autre des problèmes divers en particulier comportementaux (bagarre, consommation de produit, accident… : enquête INSERM U 169, 1988). Les jeunes déscolarisés ou au chômage cumulent les signes et les conduites à risque y compris les manifestations symptomatiques de la série dépressive en particulier tentative de suicide (voir chap. 10, Les tentatives de suicide).

L’investissement du travail scolaire et de la pensée doit, à l’adolescence, se dégager des investissements pulsionnels directs et subir un travail de « désexualisation » et de sublimation secondaire. Plus les conflits psychiques sont importants, plus la sexualisation de la pensée est grande : l’activité de pensée est ressentie comme une « activité » coupable, car trop proche de désirs œdipiens interdits. Cette « sexualisation » de la pensée est ainsi à l’origine d’une inhibition à penser ou dans les cas les plus graves d’un processus d’attaque de la pensée de type psychotique.

Dans les organisations à prévalence névrotique, les processus d’inhibition dominent (voir chap. 8, L’inhibition) : on l’observe facilement dans les cas de névrose obsessionnelle grave à l’adolescence. La névrose d’échec commence souvent à cet âge par des échecs scolaires répétés.

Dans les pathologies limites, le mécanisme de clivage peut préserver un temps, les processus de pensée. On observe même des surinvestissements défensifs comme dans l’anorexie mentale (voir chap. 6, L’anorexie mentale). Mais cet investissement se caractérise souvent par sa rigidité et par l’impossibilité du sujet à utiliser de façon socialement pertinente son savoir (résultat

du clivage). En d'autres termes, l'adolescent accède rarement au niveau socioprofessionnel que la qualité de ses études lui aurait permis d'atteindre.

Dans les pathologies psychotiques ce sont les processus de pensées eux-mêmes qui sont attaqués en particulier par le déni, l'omnipotence et le clivage. Les signes cliniques en sont les signes de détérioration : les troubles de la scolarité vont être les premiers signes d'un état schizophrénique débutant ou bien la conséquence d'un état psychotique aigu dont le mode de sortie, en ce qui concerne les capacités de scolarisation, sera toujours progressif. Dans ce dernier cas, l'entrave à la capacité d'attention, le « parasitage » par les processus primaires et l'envahissement de la pensée par un contenu archaïque et angoissant sont directement liés à l'organisation psychotique de la personnalité.

DE L'ÉCOLE AU TRAVAIL

Le passage de la vie familiale et scolaire à la vie professionnelle est une étape importante et souvent difficile dans la vie de nombreux individus. L'accession à un emploi professionnel marque l'accession à l'indépendance financière ce qui est le critère adopté par les sociologues pour ponctuer la fin de l'adolescence. Quitter l'école, le lycée ou l'université pour entrer dans le monde du travail prend une signification surdéterminée dans nos sociétés occidentales complexes. Il n'est pas question dans ces quelques lignes d'aborder cette complexité dans tous ses aspects économique, culturel, sociologique, psychologique familial et individuel, psychopathologique, etc. Toutefois, en période d'expansion économique, l'arrivée des jeunes sur ce qu'on appelle le « marché du travail », ne pose pas trop de problème car l'expansion assure par elle-même la création nécessaire de nouveaux postes de travail ; lors de ces périodes d'expansion l'incapacité d'un jeune à trouver du travail relève avant tout de son propre malajustement (qu'il soit personnel ou familial). En revanche, plus la société traverse une période de stagnation, voire de régression économique, moins de nouveaux emplois sont créés, plus le dégagement des postes de travail dépend du départ des adultes proches de la retraite, plus les jeunes se trouvent pénalisés dans leur recherche d'emploi ; lors des périodes de stagnation ou récession économique, l'incapacité d'un jeune à trouver du travail a toutes les chances de relever avant tout du malajustement social.

Cependant, que les motifs ayant abouti à un échec dans la recherche du premier emploi soient d'origine individuelle ou au contraire d'origine économique, les conséquences sur l'équilibre affectif, sur les espoirs et attentes de l'adolescent risquent d'être identiques : sentiment d'échec, de rejet de la part de la société, impression d'inutilité du temps passé à la formation scolaire, risque de marginalisation sociale… Pour l'adolescent lui-même la recherche

et l'occupation d'un emploi concrétisent en général une série d'aspirations plus ou moins réalistes, mais dont la réalisation représente, dans un premier temps, une gratification rassurante et stimulante pour l'image sociale qu'il cherche à acquérir ou à confirmer. Inversement, l'échec dans la recherche de l'emploi est fréquemment vécu comme un échec dans sa propre image sociale.

Mais il n'y a pas que les problèmes inhérents à la difficulté de trouver un premier emploi. Certains auteurs ont aussi décrit les difficultés rencontrées par les adolescents et les jeunes adultes pour s'adapter au monde du travail dont les caractéristiques diffèrent sensiblement du monde de l'école. En d'autres termes, il s'agit d'une question maintes fois posée et longuement débattue : l'adolescent est-il bien préparé à accéder au monde du travail ? Là encore les réponses sont multiples selon qu'on met en avant le contexte culturel, le problème pédagogique, le contexte familial, le système de motivation individuelle, etc.

D'une manière générale, tous les travaux portant sur cette question font deux constatations :

– l'importance numérique du chômage des jeunes ;

– la médiocre préparation au travail de ces mêmes jeunes.

En ce qui concerne l'importance du chômage, il faut prendre en compte la prolongation croissante de la scolarité dans la tranche d'âge des 16-25 ans. Ainsi entre 1983 et 1993 le pourcentage de ceux qui continuent d'étudier dans cette tranche d'âge est passé de 30 % à 44,4 % tandis que le pourcentage de ceux qui travaillent passe de 45 % à 35,9 % (dont 13,4 % en contrat à durée déterminée ou en intérim). Les jeunes de 16 à 25 ans chômeurs sont ainsi moins nombreux en valeur absolue mais plus nombreux en pourcentage (par rapport à ceux qui ont un emploi). En 1993, 9,4 % de tous les jeunes âgés de 16 à 25 ans étaient au chômage (étude INSEE, n° 323, 1993, *Le Monde*, 21 juin 1994), 2,3 % sont en apprentissage et 5,3 % bénéficient d'une mesure d'aide.

Quant à la préparation au travail, toutes les enquêtes effectuées auprès des jeunes, soit dans les dernières années de leur scolarité, soit au début de leur emploi, traduisent l'insatisfaction de ces derniers à l'égard des services de guidance, d'orientation, de conseil, etc. Dans l'ensemble, le pourcentage de jeunes recourant à de tels services est toujours faible et ceux qui y ont recours déclarent n'avoir obtenu que des informations peu utiles, tant pour trouver un emploi que sur la nature même de cet emploi. À travers cette insatisfaction on peut certes dénoncer une carence des services publics ou l'ignorance plus ou moins grande des personnes chargées de renseigner les jeunes sur la réalité du monde du travail, mais on peut y voir aussi une ligne de partage très fondamentale entre la vie à l'école d'un côté et la vie au travail de l'autre. Certes une telle coupure ira probablement en s'atténuant avec l'évolution de la société. Le changement d'emploi devient de plus en plus fréquent : l'alternance entre des périodes de plein-emploi, des périodes

intermittentes de formation ou de recherche d'emploi et des périodes d'emploi partiel ou occasionnel est de plus en plus fréquente. Dans ces conditions, il est possible que l'accession au travail ne soit plus porteuse de la lourde signification symbolique qui lui était jusque-là attribuée. Cependant à notre époque, l'accession au travail reste encore un moment charnière qui peut être vécu par l'adolescent comme un moment de rupture, et non comme un passage préparé et progressif. Ce vécu de rupture est d'autant plus grand que le jeune n'a pas acquis la formation professionnelle nécessaire.

Après ces indispensables précisions dont le but est de montrer la multiplicité des facteurs intervenant dans ce moment particulier que représente le passage de l'école au travail, nous nous centrerons de façon privilégiée, sinon exclusive, sur les déterminants individuels et familiaux. Notre préoccupation concerne en effet l'individu et son équilibre interne, même si nous n'ignorons pas l'importance du contexte social.

Il est évident que l'obtention d'un emploi ne représente que le dernier maillon d'un long enchaînement où le problème de la vocation, le choix d'un travail, le désir d'ascension sociale, l'identification à une image sociale, etc. interviennent diversement. I. Marcus (1974) propose d'utiliser le concept de ligne de développement d'A. Freud, considérant que l'accession au travail prend en compte à la fois le problème de la vocation avec ses implications tant au niveau de l'idéal du moi que des instances surmoïques et celui du « concept de soi » (*self-concept*). Il s'agit d'une transition progressive où de multiples points de vue psychologiques, psychiatriques, sociologiques, doivent être envisagés. Cette transition demanderait huit à dix ans commençant vers 10 à 12 ans pour s'achever vers 20 ans. Ginzberg (cité par I. Marcus) distingue trois périodes : 1) une période de fantaisie entre 10-12 ans qui est une phase d'exploration de soi-même, de ses propres désirs, sans que l'enfant tienne compte de la réalité ; 2) une période d'essais allant de la puberté (12-13 ans) jusqu'au milieu de l'adolescence (16 ans), durant cette période le préadolescent commence à prendre en considération ses propres capacités et intérêts en particulier dans les diverses matières scolaires, en passant progressivement du seul plaisir et intérêt suscités par une matière à une évaluation de plus en plus réaliste de ses propres capacités ou compétences dans un domaine particulier, pour établir peu à peu les premiers compromis ; 3) une période réaliste qui va du milieu de l'adolescence à l'âge adulte : cette période s'achève selon Ginzberg par un choix professionnel précis. Pour I. Marcus, ce choix d'un travail représente aussi un compromis entre les pressions surmoïques issues des exigences ou désirs parentaux et la recherche de satisfaire l'idéal du moi.

Cet auteur distingue d'ailleurs l'idéal du moi véridique, prenant en compte la réalité et n'imposant pas à l'individu une pression irréaliste et le pseudo-idéal du moi dont les exigences sont grandioses, irréalistes, jamais satisfaites, faisant que l'individu ne tire aucune satisfaction de son image de jeune adulte au travail. Un tel pseudo-idéal risque d'ouvrir la voie à une insatisfaction chronique, à une inadaptation croissante et à une dépression narcissique.

Dans ce passage de l'école au travail, B.A. McFarlane (1969) trouve des différences selon qu'il s'agit de garçons ou de filles. Dans l'ensemble, les filles obtiennent un travail qui est moins directement lié au niveau atteint à la fin de leurs études que les garçons, et elles conservent ce premier emploi jusqu'à ce que leur mariage et/ou une grossesse l'interrompent. Les garçons changent plus souvent d'emploi et ont des périodes plus fréquentes d'inemploi. Mais il est possible que le poids des facteurs d'environnement soit plus important que le poids des facteurs individuels dans ces différences en fonction du sexe.

Par ailleurs, le système de motivation individuelle dépend en grande partie de l'environnement familial. J. Rousselet (1969) signale l'importance de la guidance parentale telle qu'elle a pu apparaître à travers les résultats d'une enquête : les adolescents qui s'adaptent mal au monde du travail, manquent d'intérêt et de motivation, avaient souvent des parents qui eux-mêmes montraient peu d'intérêt pour les études ou le choix professionnel de leurs enfants. Les adolescents jeunes travailleurs exprimaient fréquemment une certaine amertume de n'avoir pas été guidés ou conseillés par leurs parents dans leur choix. En outre, nombre de parents, soit parce qu'eux-mêmes ont subi de fortes pressions de la part de leurs propres parents, soit parce qu'ils se croient coupables de désirer quelque chose pour leur enfant, ont tendance à éviter de formuler un choix professionnel pour leur adolescent. Quand on pose à des parents d'adolescent la question : « quel métier aimeriez-vous que votre fils/fille fasse plus tard? » la réponse quasi constante est la suivante : « ça m'est égal, ça n'a pas d'importance, qu'il fasse ce qu'il veut, l'important c'est qu'il/elle soit heureux. » Certes, cette réponse contient une part défensive avec la crainte de passer pour un parent autoritaire, imposant un choix; mais cette défense même montre combien l'expression d'un souhait parental pour l'adolescent ne va plus de soi. Fréquemment cette réponse parentale témoigne d'une profonde incertitude dans les meilleurs cas, indifférence dans les pires, face au choix professionnel de l'adolescent. Ceci s'observe peut-être plus souvent dans les classes moyennes du secteur tertiaire, classes qui sont en rupture par rapport à leur ancienne origine sociale (paysanne, ouvrière, etc.) sans avoir accédé à un statut social satisfaisant et gratifiant.

Enfin, le cursus scolaire est à la jonction entre le système de motivation individuelle, la qualité de l'environnement familial et le contexte socioculturel. Nous ne reviendrons pas dans ce dernier paragraphe sur toutes les causes inhérentes à l'échec et aux difficultés scolaires au sens large. Nous dirons simplement ici qu'on observe une spirale de renforcement négatif concernant le passage dans le monde du travail : les adolescents en situation d'échec et de rejet scolaire idéalisent fortement le temps où, enfin, ils pourront travailler dans l'espoir de se dégager d'un tel sentiment d'échec. Or, comme ils ne sont en aucune manière préparés à une telle insertion professionnelle, ils ne rencontrent que des refus ou des propositions d'emploi ressenties comme dévalorisées et dévalorisantes. De plus, ces jeunes en situation de rupture scolaire sont beau-

coup plus jeunes (entre 16 et 19 ans) que ceux qui ont accompli leur cursus scolaire, et sont par conséquent en proie aux difficultés psycho-affectives de l'adolescence. Tout concourt ainsi pour faire de ce passage un échec supplémentaire. À l'inverse, le maintien prolongé dans le système scolaire ou universitaire n'est pas sans poser de difficiles problèmes de dépendance sociale et financière à de nombreux étudiants, tout en leur évitant une confrontation réaliste aux exigences de la vie professionnelle. Certains adolescents trouvent à travers une scolarité interminable un refuge à leurs propres difficultés (*cf.* chap. 17, Les difficultés scolaires).

Les multiples relations entre le contexte socio-économique, la qualité du cursus scolaire et des compétences personnelles, l'intérêt pris par les parents au choix d'un métier chez leur enfant, et enfin la motivation individuelle sont schématisés dans le tableau ci-dessous. Dans ce tableau, on peut distinguer quelques grandes catégories en fonction de ces divers critères. Nous énumére-

AXE DE L'ASPIRATION AU TRAVAIL-VOCATION
maximum
minimum-nulle
AXE DE LA FORMATION PÉDAGOGIQUE ET PROFESSIONNELLE
Conditions socio-culturelles
Famille : intérêt et conseil parentaux
Vocation : idéal du moi et surmoi
Conditions socio-économiques
Cursus scolaire
Compétence individuelle
1
2
3
4
minimum-nulle

rons brièvement les quatre groupes les plus typiques : le *groupe 1*, où se retrouvent les adolescents qui bénéficient à la fois d'une bonne formation scolaire et préprofessionnelle et du choix d'une vocation : le passage de l'école au travail est en général aisé à moins d'un contexte socio-économique très défavorable. Dans le *groupe 2*, se retrouvent des adolescents qui ont une formation scolaire et/ou professionnelle satisfaisante, mais qui n'ont aucun désir personnel, une indifférence à l'égard du travail, un manque de motivation. Ce groupe comprend entre autres les problèmes de psychopathologie individuelle tel que la dépression à l'adolescence. Au *groupe 3* appartiennent les adolescents qui ont une forte motivation à intégrer le monde du travail mais qui n'ont pu acquérir une formation satisfaisante soit à cause des carences du système d'éducation, soit pour des raisons plus spécifiques. À titre d'exemple, les adolescents de famille migrante ou les adolescents issus de milieu socioculturel frustre peuvent appartenir à ce groupe. Il est évident que ces adolescents dépendent à l'extrême de la qualité des conditions économiques présentes. Le *groupe 4*, enfin, associe à la fois le manque de motivation ou des motivations totalement irréalistes et une médiocre préparation scolaire et professionnelle. Quelles que soient les conditions économiques les adolescents de ce groupe présentent en général d'extrêmes difficultés à intégrer le monde du travail. Pourraient faire partie de ce groupe les adolescents psychopathes (*cf.* chap. 12, p. 355) et marginaux qui, soit refusent le travail, soit expriment des choix irréalistes. À l'évidence, tous les intermédiaires existent entre ces quatre groupes, mais ce schéma a le mérite d'illustrer le poids relatif des variables les plus importantes.

Face à la situation individuelle, le clinicien est confronté à deux grands types de problèmes où le passage de l'école au travail semble jouer un rôle important, sinon déterminant : 1) d'un côté on rencontre des adolescents qui manifestent des difficultés à achever leurs études, ou à sortir du système scolaire et universitaire ; 2) d'un autre côté le clinicien est confronté aux adolescents qui ont interrompu précocement leurs études.

LA DIFFICULTÉ À SORTIR DES ÉTUDES

Le plus souvent il s'agit d'adolescents qui jusque-là ont poursuivi une scolarité satisfaisante, parfois même brillante. Ils ont été de bons élèves, ils ont parfois commencé des études universitaires ou sont rentrés dans des « grandes écoles ». À l'approche de la fin des études, ils sont pris d'une inquiétude qui n'est pas une vraie phobie des examens car le plus souvent ils peuvent les passer, ou du moins n'éprouvent pas l'angoisse phobique caractéristique, en revanche ils avancent des considérations qui toutes aboutissent à la nécessité de parfaire leur formation dans un secteur particulier, d'enrichir leur connaissance dans un domaine parallèle ou franchement même d'entreprendre d'autres études. Par-delà ces rationalisations, ces jeunes adultes expriment

souvent des craintes sur leur capacité à faire face au monde professionnel, craintes reflétant des exigences élevées, surmoïques d'abord, parentales ensuite. Une telle incapacité à assumer un statut social ou professionnel, peut aussi résulter d'une névrose d'échec ou d'une dépression d'infériorité (*cf.* chap. 9, La dépression d'infériorité). Dans des cas plus graves, un tel atermoiement peut refléter l'incapacité de l'adolescent à investir pour son propre compte une activité professionnelle et traduire le fait que, jusque-là, les études n'ont représenté qu'une soumission superficielle à un désir ressenti comme externe, celui des parents. Des effondrements psychiques graves, en particulier des épisodes psychotiques aigus peuvent ainsi survenir au moment où les études doivent normalement prendre fin ou lors des premiers mois d'activité professionnelle. Cela s'observe en particulier chez des jeunes adultes qui ont traversé leurs adolescences sans conflit apparent, sans avoir eu à faire face aux difficultés psychoaffectives habituelles. On pourrait reprendre ici les concepts d'« adolescence avortée » ou d'« adolescence abrégée » de P. Blos, ou encore parler d'« adolescence blanche ». Enfin dans d'autres cas, la prolongation des études peut matérialiser et symboliser le besoin de maintenir un lien de dépendance infantile entre l'adolescent et sa famille, ce besoin peut siéger aussi bien du côté de l'adolescent que du côté des parents (*cf.* L'adolescent et ses parents, chap. 16).

L'INTERRUPTION PRÉCOCE DES ÉTUDES

À travers la question de l'interruption précoce des études se trouve posé le vaste problème de l'échec scolaire et de ses multiples déterminants, familiaux, institutionnels (rôle de l'école), culturels, etc. De fait, très souvent se trouvent étroitement mêlées des difficultés inhérentes à la psychopathologie de l'adolescent lui-même, à la carence familiale, à une pédagogie médiocre, enfin à une origine socioculturelle très défavorisée.

Il est évident qu'en période de stagnation ou régression économique, les jeunes qui débouchent ainsi sur le marché du travail, cumulent tous les risques d'échec et de rejet. Ainsi dans un travail où ils comparent un groupe de jeunes ayant quitté l'école et ayant un travail et un groupe de jeunes sans travail, A. Donovan et N. Oddy (1982) constatent que les jeunes sans travail présentent plus souvent des traits dépressifs et anxieux, une plus mauvaise estime de soi, que ceux qui ont trouvé du travail. Il risque donc de se développer une spirale d'échec allant de l'échec — rejet scolaire à l'échec — rejet professionnel jusqu'à l'échec social plus ou moins global. Toutefois, l'interruption précoce des études ne s'accompagne pas systématiquement d'un échec à l'entrée dans la vie professionnelle. Dans certains cas, le jeune adolescent rebuté par les abstractions scolaires qu'on lui propose, recherche une activité pratique concrète lui donnant des gratifications plus immédiates et plus aisément perceptibles. Certains adolescents pourront même après une

période professionnelle transitoire reprendre des études dans une perspective pratique et avec un degré de motivation supérieur. Il ne faut pas négliger l'intérêt qu'un adolescent peut prendre à de tels emplois, y trouvant une insertion sociale échappant à la spirale de l'échec, acquérant une autonomie de vie par rapport à ses parents ou du moins participant au soutien financier de la famille. L'interruption précoce des études ne doit pas être assimilée à un échec professionnel inéluctable ; il est même parfois néfaste de vouloir maintenir dans un système scolaire classique un adolescent qui semble le refuser profondément tout en ayant une motivation réaliste et intense à un travail particulier. En revanche, pendant une longue période, et pourquoi pas à vie, l'individu devrait avoir de plus grandes facilités pour reprendre un cycle d'enseignement de quelque niveau que ce soit, passant ainsi tantôt du travail à l'école, tantôt de l'école au travail, ce qui aurait le mérite d'atténuer cette coupure entre deux mondes trop souvent étrangers l'un à l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

CATHELINE N. : *Psychopathologie de la scolarité. De la maternelle à l'université*. 2e édition. Masson, Paris, 2006.

FLAVIGNY C. : La phobie dite scolaire. *Adolescence*, 1990, tome 7, n° 2, 2543.

GIBELLO B. : Dysharmonie cognitive. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, *24*, 9, 439-452.

BERG I., BUTLER A., HALL G. : The outcome of adolescent school phobic. *Brit. J. Psychiatr.*, 1976, *128*, 80-85.

BERG I., JACKSON A. : Teenage school refusers grow up : a follow-up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. *Brit. J. Psychiatr.*, 1985, *147*, 366-370.

BERSTEIN G.A., GARFINKEL B.D. : Pedigrees, functioning and psychopathology in families of school phobic children. *Am. J. Psychiatry*, 1988, *145*, 1, 70-74.

BERNSTEIN G.A., SVINGEN Ph, GARFINKEL B.D. : School phobia : patterns of family functioning. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, *29*, 1, 24-30.

BERNSTEIN G.A., GARFINKEL B.D., BORCHARDT C.M. : Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, *29*, 5, 773-781.

BIRRAUX A. : L'élaboration phobique. *Adolescence*, 1990, tome 8, n° 1, 9, 24.

DONOVAN A., ODDY M. : Psychological aspects of unemployment ; an investigation into the emotional and social adjustment of school leavers. *J. Adol.*, 1982, *5*, 15-20.

ESTES H.R., HAYLETT Ch., JOHNSON A.M. : Separation Anxiety. *Am. J. Psychothérap.*, 1956, *10*, 682-695.

FLAVIGNY H. : De la notion de psychopathie. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1977, *25*, 19-75.

FNEPE (Groupe de Sèvres) : *L'adolescence et nous. L'adolescence des adultes.* Document réalisé par N. PRIEUR. FNEPE, Paris, 1977.

GAL J.M. : *Déchirures : 62 phobies scolaires. Contribution clinique et psychopathologique à l'étude des phobies scolaires du grand enfant et de l'adolescent*. Thèse de Médecine, Poitiers, 1993.

GETZELS J.W., JACKSON P.W. : *The highly intelligent and the highly creative adolescent Scientific Creativity* : *its recognitions and development.* John Wiley and Sons Inc., NY, 1963.

GITTELMAN-KLEIN R., KLEIN D.F., OAKS G. : Controlled imipramine treatment of school phobia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1971, vol. 25, 204-207.

GITTELMAN-KLEIN R., KLEIN D.F. : School phobia : diagnostic consideration in the ligt of imipramine effects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1973, vol. 156, n° 3, 199-215.

GUILFORD J.P., CHRISTENSEN P.R. : *A factor analytic study of verbal fluency*. Report of the psychological laboratory university of Southen. *Californial*, 1956, n° 17.

HERSOV L. : Le refus d'aller à l'école. Une vue d'ensemble. *In :* CHILAND C., YOUNG J.G., *Le refus de l'école*, *un aperçu transculturel*, Coll. Fil Rouge, PUF, Paris, 1991, 13-45.

JOHNSON A.M., FALSTEIN E.T., SZUREK S.A., SVENDSEN M. : School Phobia. *Am. J. Orthopsychiatry*, 1941, *11*, 702-711.

KESTEMBERG E. : Notule sur la crise d'adolescence, de la déception à la conquête. *Rev. Fr. Psychanalyse*, 1980, *44*, 523-530.

KOISUMI E. : Le problème de la non-assiduité à l'école tel que le voient les services de psychologie scolaire. *In :* CHILAND C., YOUNG J.G., *Le refus de l'école*, *un aperçu transculturel.* Collect. Fil Rouge, PUF, Paris, 1984, 129-139.

LAST C.G., FRANCIS G., HERSEN M. et coll ; : Separation anxiety and school phobia : a comparaison using DSM-III criteria. *Am. J. Psychiatry*, 1987, *144*, 5, 653-657.

LAST C.G., STRAUSS C.C. : School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, *29*, 1, 31-35.

« *Les lycéens* », *Le Monde de l'Éducation.* Octobre 1981.

MARCELLI D. : *Manuscrit sur les phobies scolaires*. Communication orale, Rennes, 1992.

MARCUS I.M. : Transition from school to work. *American Handbook of Psychiatry*, second edition, vol. 2, 306-315, Basic Books Inc., New York, 1974.

McFarlane B.A. : The socialisation of boys and girls at school and work : Canadian Study. *In : Adolescence Psychosocial Perspectives* (G. Caplan, S. Lebovici, Éds.). Basic Books Inc., New York, 1969, 174-180.

Rousselet J. : The perception by adolescents of the role of parents in guidance and job choice. *In : Adolescence Psychosocial Perspectives* (G. Caplan, S. Lebovici, Éds.). Basic Books Inc., New York, 1969, 165-173.

Sperling M. : School phobia : classification dynamic and treatment. *Psycho. Analytic S. of Child*, 1967, *22*, 375-401 (trad. *Rev. Franç. Psych.* 1972, *36*, 265-286).

Suzuki : Le refus d'aller à l'école vu à travers la thérapie familiale. *In :* Chiland C., Young J.G., *Le refus de l'école, un aperçu transgénérationnel*. Coll. Fil Rouge, PUF, Paris, 1991.

Vincent G. : *Le peuple lycéen.* Gallimard, Paris, 1974.

18 L'ADOLESCENCE ET LES PATHOLOGIES SOMATIQUES

RETARDS PUBERTAIRES[1]

Le retard pubertaire est défini par l'absence de manifestation physique de puberté à un âge supérieur à +2 déviations standard au-dessus de l'âge moyen de démarrage pubertaire. Il atteint donc par définition 2,5 % des sujets. Chez le garçon, il s'agit de l'absence d'augmentation de volume testiculaire (volume inférieur à 4 ml ou longueur inférieure à 25 mm) au-delà de 14 ans, ou l'absence de développement complet 4 ans après le début pubertaire. Chez la fille, il est défini par l'absence de développement mammaire au-delà de 13 ans, ou absence de règles (aménorrhée primaire) quatre ans après le démarrage pubertaire.

La puberté, lorsqu'elle ne démarre pas, s'associe à un infléchissement de la croissance staturale : il n'y a pas l'accélération staturale correspondant à l'adolescence, la taille quitte sa DS sur la courbe (fig. 18-1).

Le défaut de maturation des caractères sexuels, l'absence d'accélération de la vitesse de croissance normalement associée à la puberté entraînent la persistance d'un aspect infantile. La mauvaise perception psychologique du retard pubertaire, la petite taille et le sentiment d'infériorité qui l'accompagne sont les raisons amenant le plus souvent les adolescents à consulter. Bien que la proportion de garçons et de filles ayant un retard de puberté soit la même (2,5 %), les garçons consultent 1,5 à 2 fois plus souvent pour ce motif que les filles : le motif de consultation vers 13 ans chez la fille, et vers 14 ans chez le garçon, est plus souvent la gène lié au retard statural qu'à l'absence de manifestation physique de puberté : il y a alors un biais de recrutement vers les enfants qui sont déjà constitutionnellement assez petits, car c'est chez eux, en l'absence

1. Paragaphe rédigé par Régis Coutant, professeur des universités, praticien hospitalier, service d'endocrinologie pédiatrique, pôle médico-chirurgical de l'enfant, CHU d'Angers.

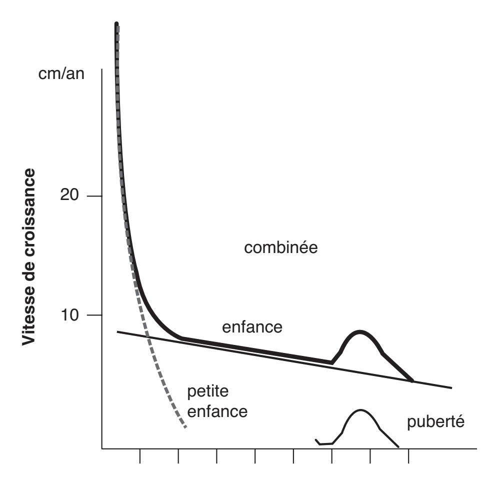


FIG. 18-1. – *Vitesse de croissance depuis la petite enfance jusqu'à la fin de l'adolescence. La vitesse de croissance peut être divisée en trois composantes (petite enfance : décroissance rapide, enfance : décroissance lente linéaire, et adolescence : pic de croissance). Lorsque la puberté tarde, le pic de vitesse de croissance de l'adolescence est déplacé vers la droite : la vitesse de croissance reste celle de l'enfance et se ralentit.*

d'accélération staturale pubertaire, que le décalage de taille avec les pairs sera le plus important. Un peu plus tard, vers 14-15 ans chez la fille et 15-16 ans chez le garçon, le défaut de développement pubertaire, mammaire chez la fille, pilosité et taille infantile de la verge chez le garçon deviennent la première plainte.

Le médecin s'efforce de distinguer les patients présentant un retard pubertaire « simple », cause la plus fréquente et se corrigeant spontanément (leur puberté se déroulera normalement mais avec retard), des déficits gonadotropes et des insuffisances gonadiques, permanents, qui nécessitent un traitement pour aboutir au développement pubertaire complet.

LES PRINCIPALES ÉTIOLOGIES

Les pathologies gonadiques (hypogonadisme hypergonadotrophique). **—** Il est en général facile de faire le diagnostic de retard pubertaire lié à une pathologie gonadique. L'impubérisme ou le développement pubertaire incomplet contrastent avec les valeurs très élevées des gonadotrophines (FSH surtout, à un moindre degré LH), alors que les concentrations des stéroïdes gonadiques sont faibles.

Chez la fille, le *diagnostic de syndrome de Turner* est le plus fréquent (fréquence 1/2 500 filles) devant un hypogonadisme hypergonadotrophique. Il est associé à un retard statural important (la taille finale en l'absence de traitement par hormone de croissance est de 142 ± 5 cm), à une dysmorphie souvent discrète (micrognathisme, cou bref et large, implantation basse des cheveux sur la nuque, thorax saillant avec écartement intermammelonnaire excessif) et à des malformations viscérales (cardiopathies, uropathies). Le caryotype le plus fréquent est 45 X, des mosaïques (45 X, 46 XX ; 45 X, 46 XY) ou des anomalies de structures de l'X sont possibles (isochromosome X isoXq ; X en anneau Xr).

Chez le garçon, c'est le *syndrome de Klinefelter* qui est le plus fréquent devant un hypogonadisme hypergonadotrophique. Le syndrome de Klinefelter touche 1,6 garçon/1 000. Il n'entraîne en général pas de retard pubertaire, mais une puberté traînante, avec une absence de développement pubertaire complet. La morphologie est eunuchoïde, une gynécomastie est fréquente. La pilosité pubienne et axillaire se développe, la verge s'allonge, mais les testicules ne dépassent pas 35 mm de longueur. Le QI global est proche de la normal, avec souvent un déficit dans le domaine verbal. Le déficit gonadique s'accentue avec le temps, et les hommes atteints sont infertiles. Le caryotype le plus fréquent est 47 XXY, plus rarement 48 XXXY, 49 XXXXY, 48 XXYY (dans ces derniers cas, l'atteinte mentale est plus sévère).

***Les hypogonadismes hypogonadotrophiques fonctionnels.* —** Il est également facile de rattacher le retard pubertaire à une pathologie générale ; il s'agit alors d'un hypogonadisme hypogonadotrope fonctionnel et réversible avec la correction de la pathologie. C'est le cas des hypothyroïdies, des hypercorticismes (syndromes de Cushing ou iatrogènes), de l'insuffisance rénale, des malabsorptions digestives et autres malnutritions (en particulier l'anorexie mentale chez la fille qui représente la cause principale dans ce groupe d'étiologie).

***Les hypogonadismes hypogonadotrophiques.* —** Les principales causes sont résumées dans le tableau 18-I. Le diagnostic à l'adolescence n'est pas toujours simple, car il est difficile de distinguer un défaut gonadotrope (la puberté ne se produit pas car l'axe gonadotrope hypothalamo-hypophysaire ne s'active pas) du retard simple (l'axe n'est pas encore sorti de la quiescence de l'enfance) : dans les deux cas, les gonadotrophines FSH et LH sont basses.

***Le retard pubertaire simple.* —** C'est le diagnostic le plus fréquent, mais il est difficile à distinguer des hypogonadismes hypogonadotropes congénitaux ou acquis. Aucune exploration biologique ne permet d'affirmer le *diagnostic de retard pubertaire simple qui reste un diagnostic d'exclusion* et qui ne se confirmera que lorsque la puberté se déclenchera ou se maintiendra spontanément. Les arguments en faveur du diagnostic présomptif de retard simple de puberté sont indiqués dans le tableau 18-II.

TABLEAU 18-I. – *Étiologie des retards pubertaires.*

Hypogonadisme hypogonadotrophique congénital :
- insuffisance gonadotrope isolée (familiale ou sporadique) :
  - avec anosmie (syndrome de Kallmann)
  - sans anosmie
- dans le cadre d'un syndrome malformatif ou génétique (syndrome de Prader-Willi, etc.)
- dans le cadre d'une atteinte hypophysaire plus étendue (autres déficits associés)
- interruption de tige pituitaire, dysplasie septo-optique

Hypogonadisme hypogonadotrophique acquis :
- tumeur de la région hypothalamo-hypophysaire (craniopharyngiome)
- post-traumatique cérébral (y compris neuro-chirurgical)
- post-radiothérapie encéphalique

Hypogonadisme hypogonadotrope fonctionnel
- maladie chronique (atteinte cardiorespiratoire, néphropathie, etc.)
- anorexie, malnutrition ou malabsorption (maladie cœliaque, etc.)
- athlétisme et danse (> 15 heures /semaine)
- maladies endocriniennes (hypothyroïdie, hypercorticisme)

Retard pubertaire simple : le plus fréquent, mais diagnostic d'élimination

Hypodonadisme hypergonadotrophique congénital :
- dysgénésie gonadique, avec anomalie chromosomique :
  - syndrome de Klinefelter 47 XXY (garçon)
  - syndrome de Turner 45 X (fille)
- autres déficits gonadiques primaires

Hypodonadisme hypergonadotrophique acquis :
- castration traumatique ou chirurgicale
- post-infectieux (oreillons, rare)
- chimiothérapie-radiothérapie

TABLEAU 18-II. – *Étiologie des retards pubertaires : arguments cliniques*

Retard simple de croissance et de puberté	*Déficit gonadotrope isolé ou combiné*
• ATCD familiaux de puberté tardive[1] • Pas d'ATCD familial d'infertilité ou d'anosmie[2] • Infléchissement statural progressif et modéré de moins de 1 DS[3] • Pas de cassure de la courbe de taille[3] • AO retardé < 13 ans (garçon) ou < 11 ans (fille)[4] • Pas d'obésité[5] • Pas d'anosmie[2] • Pas d'élément évocateur d'un « syndrome » • Pas de signes d'HTIC ou de déficit visuel[6] • Pas de signe de déficits hypophysaires combinés[6] • Pas de cryptorchidie ni de micropénis[2]	• ATCD familiaux d'infertilité ou d'anosmie • Pas d'infléchissement statural (évoque un déficit gonadotrope congénital)[3] • Cassure de la taille (évoque une tumeur de la région hypothalamo-hypophysaire)[3] • Impubérisme avec AO > 13 ans[4] • Obésité[5] • Anosmie ou autres éléments cliniques du syndrome de Kallmann (syncinésie, etc.)[2] • Signes d'HTIC ou déficit visuel[6] • Signes d'autres déficits hypophysaires[6] • ATCD de cryptorchidie ou micropénis[2]

1. Retrouvés dans plus de 50 % des cas de retard simple.
2. Évocateur de déficit gonadotrope (± syndrome de Kallmann).
3. L'infléchissement progressif modéré est habituel dans le retard simple. S'il est marqué, il faut rechercher un déficit somatotrope associé (déficit combiné). S'il n'y a pas d'infléchissement, il faut évoquer un déficit gonadotrope isolé. Un infléchissement supérieur à 1 DS est compatible avec un retard simple, mais mérite des investigations complémentaires.
4. Le démarrage de la puberté étant mieux corrélé à l'âge osseux qu'à l'âge civl, un impubérisme pour un âge osseux ayant dépassé 13 ans évoque un déficit gonadotrope.
5. L'obésité entraîne souvent une avance staturale, une avance d'âge osseux et une anticipation pubertaire (de quelques mois). L'association obésité et impubérisme doit faire évoquer un déficit gonadotrope.
6. Évocateur de processus tumoral ou d'une atteinte hypophysaire globale.

TRAITEMENT

Dans les retards pubertaires simples, des traitements courts (quelques mois) à l'aide de petites doses de stéroïdes gonadiques favorisent le déclenchement de la puberté, lorsque l'impubérisme est mal toléré. Pour les hypogonadismes, le but est d'abord d'assurer un développement pubertaire complet et une activité sexuelle ultérieure normale. Un traitement substitutif à doses progressivement croissantes par les *stéroïdes sexuels* (testostérone chez le garçon, estrogène puis estrogène + progestatif chez la fille) permet de façon simple de parvenir à un tel objectif. Le traitement par les gonadotrophines (injections intramusculaires pluri-hebdomadaires de LH et FSH recombinantes) ne se conçoit que plus tardivement pour le traitement spécifique d'une stérilité, dans les seuls cas d'hypogonadismes hypogonadotropes persistants.

En cas de maladie chronique, le développement pubertaire reprendra un cours normal avec le traitement étiologique de la maladie.

MALADIES CHRONIQUES ET ADOLESCENCE

INTRODUCTION

L'adolescence bouleverse l'équilibre progressivement établi entre la maladie chronique, le pédiatre, les parents (surtout la mère) et l'enfant malade.

Chez un enfant, la maladie chronique respecte et même amplifie les besoins psychologiques participant à son développement affectif. Ainsi elle renforce le lien de dépendance et le lien de soin qui tous deux caractérisent les relations entre l'enfant et ses parents. La maladie chronique instaure un lien de proximité privilégié, lien qui d'ailleurs n'est pas sans poser problème à la fratrie. Il n'est pas question d'ignorer la souffrance et les contraintes liées à la maladie mais de reconnaître aussi que chez l'enfant, pour ce qui concerne le développement psycho-affectif, cette maladie chronique respecte les exigences développementales. C'est probablement pour cette raison que les enfants malades chroniques font souvent preuve d'un grand équilibre affectif voire d'un réel épanouissement psychologique.

En revanche, à l'adolescence, la maladie chronique prend le contre-pied des exigences développementales :

– l'adolescent doit s'approprier un corps qui jusque-là était la « propriété » de la mère et du médecin. Il doit investir ce corps avec ses défaillances en les reconnaissant comme siennes ;

– la prise d'autonomie familiale est contrecarrée à la fois par les très réelles entraves que la maladie chronique impose parfois, mais plus encore par la force du lien de soin et de dépendance établi dans la petite enfance ;

– la découverte du monde, les conduites d'essais et d'explorations sont elles aussi limitées du fait que, pendant l'enfance, les relations sociales extrafamiliales ont souvent été réduites, plus ou moins envahies par le monde médical.

Le passage de l'adolescence est toujours un temps difficile pour la personne atteinte d'une maladie chronique car ce passage s'accompagne d'un profond remaniement dans les relations entre :

– le sujet et sa maladie chronique ;

– l'adolescent et ses parents, avec la « maladie » en arrière-plan ;

– le « malade » et le médecin.

La diversité des maladies chroniques. — Nombreuses sont les études qui ont montré l'absence de corrélation entre une maladie particulière et l'expression d'un profil de personnalité ou d'un état psychopathologique défini. Tous les travaux sur un nombre suffisant d'individus malades chroniques montrent que ceux-ci se répartissent, au plan des traits de personnalité et des diverses pathologies mentales à peu près de la même manière que la population tout-venant. Il est donc important de reconnaître que la présence d'une maladie chronique ne peut, à elle seule, imposer au fonctionnement psychique des contraintes telles qu'elles aboutissent à un profil psychologique ou psychopathologique monomorphe.

Toutefois certaines maladies peuvent, par leurs caractéristiques, faciliter ou renforcer l'expression d'un trait comportemental, par exemple un comportement d'allure volontiers obsessionnelle chez le diabétique insulinodépendant (sans que, cependant on retrouve une personnalité obsessionnelle).

Devant la grande diversité des maladies chroniques il peut sembler arbitraire de regrouper des situations cliniques aussi différentes où il faut prendre en compte :

– des maladies respectant l'intégrité physique (diabète insulino-dépendant) et des maladies qui s'expriment par des malformations ou des handicaps physiques (spina-bifida) ;

– des maladies où une atteinte motrice est d'emblée fixée (amyotrophie spinale infantile) et des maladies où cette atteinte est évolutive et croissante (dystrophie musculaire de Duchenne) ;

– des maladies dont les symptômes sont présents en permanence (mucoviscidose), ou se manifestent par intervalle ou crise (asthme), poussée (arthrite juvénile), ou rechute (syndrome néphrotique) etc. ;

– des maladies où le pronostic vital est impliqué (myopathie de Duchenne, mucoviscidose), alors que pour d'autres il s'agit surtout d'un pronostic fonctionnel ;

– des maladies qui entravent la croissance (insuffisance rénale) ou qui la respectent (épilepsie) ;

– des maladies d'allure asymptomatique et non douloureuse et des maladies à poussées douloureuses (hémophilie, arthrite chronique, etc.).

À ces différences liées à la gravité, à la nature des maladies, il faudrait ajouter les différences liées aux traitements, aux contraintes qu'ils imposent : régimes, style de vie, obligations et interdictions diverses…

Face à cette diversité, l'enjeu en terme psychologique est relativement univoque : comment l'adolescent peut-il intégrer l'image d'un corps lésé dans un investissement narcissique qui ne soit pas lui aussi endommagé à travers une image de soi et/ou une estime de soi « lésées » : c'est à cette contradiction fondamentale qu'est confronté l'adolescent porteur d'une maladie chronique.

Cependant, si cet enjeu psychodynamique est commun à tous les adolescents il est essentiel de répéter que la maladie chronique ne provoque pas une pathologie mentale particulière et qu'il n'y a pas de corrélation entre un profil de personnalité précis et un type de maladie.

Grâce aux progrès de la médecine les enfants malades chroniques vivent plus longtemps. Selon S. Gortmacher et coll. (1984) 85 % des enfants nés avec une anomalie congénitale survivent à l'âge adulte. On rencontre donc de plus en plus souvent d'enfants malades chroniques qui accèdent à l'adolescence et la dépassent. La maladie de Duchenne est de ce point de vue un exemple caricatural. Mais en outre il n'est pas rare que les adolescents malades chroniques cumulent plusieurs problèmes de santé comme le montre l'enquête de P.W. Newacheck (1991). Ce cumul de problème semble corréler à une limitation des activités et à des troubles associés du comportement (conflits avec les pairs, isolement social, etc.).

Maladies graves survenant à l'adolescence. — La situation de l'adolescent porteur d'une maladie chronique est très différente de celle de l'adolescent en bonne santé jusque-là et atteint à cet âge d'une maladie grave. En effet, les enjeux psychodynamiques énoncés dans le paragraphe suivant ne sont pas les mêmes. Au plan clinique, le comportement le plus fréquemment observé est une attitude de régression affective parfois intense, l'adolescent pouvant retrouver des comportements de petit enfant. Au plan psychodynamique, le vécu de culpabilité semble d'autant plus intense que l'éclosion de la maladie est concomitante du processus pubertaire ou des mouvements affectifs d'individuation-séparation. Il n'est pas rare que l'adolescent vive sa maladie comme la « sanction » des émergences pulsionnelles nouvelles. Dans la suite de ce chapitre nous aborderons uniquement la situation de l'enfant malade chronique devenu adolescent.

LES ENJEUX PSYCHODYNAMIQUES

Impact de la maladie chronique sur la puberté et la croissance. — Avant d'aborder le retentissement psychologique et psychopathologique de la maladie chronique sur l'adolescent, il importe de ne pas méconnaître les interactions somatiques entre cette maladie et le processus pubertaire (D.S. Rosen, 1991 ; P. Alvin, 1994). À cet âge, l'impact de la maladie chronique s'ajoute aux manifestations somatiques inhérentes à la maladie elle-même. En effet, certaines maladies chroniques provoquent :

– un retard pubertaire parfois très important ;

– un retard de croissance qui peut devenir supérieur à plusieurs déviations standard.

Mais le processus pubertaire ou la poussée de croissance peuvent aussi avoir un impact sur la maladie provoquant :

– un déséquilibre du fait de facteurs physiologiques nouveaux en particulier hormonaux, déséquilibre qui se manifeste par une instabilité transitoire, des complications nouvelles (diabète insulino-dépendant, maladies auto-immunes, etc.) ;

– une majoration de certains symptômes en particulier osseux qui s'aggravent sous l'effet de la poussée de croissance : accentuation d'une déformation osseuse (scoliose), d'une asymétrie de croissance, etc.

D'un point de vue psychologique, ces faits peuvent renforcer le vécu négatif de l'individu face à sa maladie :

– à un âge où la pression des pairs est importante, la maladie chronique accentue l'écart par rapport à la moyenne (retard pubertaire, petite taille), écart qui était moins important, moins perceptible, voire protecteur du temps de l'enfance ;

– la maladie chronique réalise une véritable « attaque du processus pubertaire » pouvant de ce fait accroître l'attitude de rejet agressif par l'adolescent ou inversement accentuer l'entrave à tout désir d'autonomie et d'individuation ne laissant que la régression comme seule issue.

Le poids de ces effets somatiques sur la puberté et la croissance s'ajoutent aux symptômes de la maladie chronique que l'enfant connaissait et dont il avait l'habitude. Ces effets négatifs peuvent temporairement prendre le contre-pied des espérances entretenues par l'enfant et ses parents (bien se soigner pour ménager l'avenir, préserver la croissance, etc.) et accentuer le mouvement de déception, de désillusion et même de dépression (voir ci-dessous). Ils expliquent aussi en partie au plan cognitif l'accrochage en des croyances magiques ou archaïques cohabitant avec des connaissances rationnelles (voir ci-dessous).

Maladie chronique et individuation : le défi de l'autonomie. — Il est bien évident que la présence d'une maladie chronique chez un enfant renforce les liens de dépendance entre l'enfant et ses parents d'un côté, l'enfant, les parents et l'équipe médicale de l'autre. Ces liens renforcés peuvent constituer des entraves aux processus d'adolescence. La nature de ces entraves dépendra en grande partie de la façon dont la maladie chronique a été dans l'enfance, intégrée au sein des interactions et des fantasmes parentaux. Elle dépendra aussi de la façon dont parents et enfant auront pu ou non élaborer la conflictualité inhérente à cette situation. C'est en particulier le cas pour le sentiment de culpabilité toujours présent chez les parents qui ont un enfant souffrant d'une maladie chronique grave. Cette culpabilité où se mêlent sentiment d'injustice, vécu agressif voire mortifère, désir de réparation, sentiment de faute, etc. est rarement l'objet d'un travail d'élaboration psychodynamique d'autant qu'elle est souvent transformée en une alliance réparatrice avec le corps médical pour « bien soigner » l'enfant (voir *Enfance et psychopathologie* : l'enfant et la maladie chronique).

Liens parent(s)-adolescent. — Les enquêtes épidémiologiques constatent la fréquente proximité entre l'adolescent et sa mère, les attitudes hyperprotectrices ou de contrôle excessif de la part des parents.

Habituellement il existe un lien privilégié de dépendance et de soin entre l'adolescent et sa mère qui peut être l'occasion de bénéfices secondaires importants, souvent de nature régressive ; les soins exigés par la maladie sont, à l'évidence, l'occasion d'une proximité corporelle accrue qui peut aller jusqu'à une quasi-délégation par l'enfant puis l'adolescent de son corps, en partie ou en totalité, à ses parents.

Dans les familles fonctionnelles, le lien renforcé entre l'enfant malade et le(s) parent(s) ne s'est pas développé aux dépens des liens entre les parents et la fratrie ou des liens conjugaux ; cependant il n'est pas rare que le lien privilégié mère-enfant malade ait modifié la qualité des autres liens familiaux expliquant la fréquence des conflits même si le divorce ne semble pas plus fréquent (B.F. Sabbeth et J.M. Leventhal, 1988) et des difficultés diverses dans la fratrie. Quand il existe ainsi un lien mère-enfant malade particulièrement intense et surtout d'allure exclusive ayant provoqué des perturbations dans les autres liens familiaux, la probabilité d'une conflictualité majeure autour de ce lien lors de l'adolescence est importante. Le lien de dépendance se teinte alors d'une ambivalence agressive-anxieuse majeure. Cette dépendance ambivalente et agressive-anxieuse est illustrée de façon caricaturale à travers certains comportements de non-observance de l'adolescent qui, par cette conduite, exprime parfois directement son agressivité et sa colère envers le parent. En même temps la mère accroît le contrôle, la surveillance, la sollicitude inquiète sur la vie quotidienne de l'adolescent du fait de son anxiété précisément justifiée et amplifiée par la non-observance.

Cette prise de distance dans le lien parents-adolescent malade nécessite donc le double mouvement de désengagement du lien œdipien comme pour tous les autres adolescents (voir chap. 1, Le second processus de séparation-individuation) mais il s'y ajoute en outre : du côté de l'adolescent la nécessité de renoncer au privilège du lien de soin régressif et aux bénéfices dont il avait pu être l'occasion. Du côté des parents, surtout de la mère, la capacité à accepter une prise d'autonomie et parfois de risque chez un enfant plus « fragile » que les autres, sans que cela provoque un surcroît d'anxiété propice au renforcement subreptice du lien dans d'autres secteurs de la vie sociale (par exemple : affecter de laisser l'adolescent diabétique autonome dans ses soins mais vérifier qu'il a bien pris « ses sucres », l'inscrire d'office au séjour de vacances des jeunes diabétiques…). Elle entraîne parfois un véritable état anxieux ou dépressif chez l'un ou l'autre parent.

Liens adolescents-pairs. — Certaines études ne montrent pas de différence sur le plan des relations sociales et des amis entre adolescent malade et groupe témoin tandis que d'autres études rapportent des résultats contraires (L. Zirinsky, 1993). Les adolescents malades chroniques apparaissent souvent isolés, avec moins d'activités sociales, culturelles, de loisirs. Il est possible de penser que les liens accrus de dépendance familiale entravent l'établissement de ces liens sociaux. Par ailleurs, les effets de la maladie sur la puberté et la croissance accentuent encore l'écart entre l'adolescent et ses pairs majorant aussi bien la mise à distance ou le rejet (par les pairs) que la réaction de repli (par l'adolescent malade lui-même).

L'adolescent malade chronique risque de ce fait de ne pas trouver l'étayage indispensable sur les relations aux pairs pour entamer le mouvement de distanciation parents-adolescent. Cette difficulté est d'autant plus grande que les handicaps physiques et moteurs sont importants. Parfois seul le milieu médical ou la rencontre avec d'autres adolescents porteurs de pathologies identiques pourront procurer cette diversification relationnelle nécessaire. À l'opposé quand le handicap est minime ou que la maladie ne présente pas de signe manifeste, l'adolescent refuse tout contact avec des pairs porteurs de maladies identiques ou similaires mais en même temps dans ses relations avec des amis non malades chroniques, il éprouve le sentiment d'être « différent des autres ». Il faut noter que, très souvent, dans ses relations avec les pairs, l'adolescent malade privilégie la relation avec un ou deux amis plus que la relation avec le groupe ou la bande.

Quoi qu'il en soit, la capacité à établir des relations satisfaisantes avec les pairs semble représenter un facteur important d'autonomisation sociale, ce qui est évident, mais surtout d'amélioration de l'observance (I. Litt, 1984).

Lien adolescent-médecin-équipe médicale. — Le remaniement des liens doit aussi s'effectuer du côté médical. Avec l'enfant malade, l'interlocuteur habituel du pédiatre est la mère, l'enfant étant l'objet des soins maternels. Au

plan psychodynamique ceci signifie que l'enfant n'est pas en position de sujet.

L'adolescent doit devenir le sujet de ses soins, position de subjectivation qui implique le passage d'une certaine passivité à la conquête d'une nécessaire activité. Le médecin doit ainsi s'adresser d'abord à l'adolescent, ensuite au parent. Ce renversement de perspective n'est pas facile pour le pédiatre habitué depuis de longues années à un dialogue privilégié avec la mère, même s'il n'oubliait jamais de parler ensuite directement à son « petit patient »… Non seulement il doit reconnaître l'adolescent comme sujet mais il lui faut aussi se dégager d'une position d'autorité parentale annexe : le médecin tient toujours pour l'enfant malade un rôle d'autorité parentale de type paternel à laquelle il est nécessaire, souhaitable et bon de se soumettre. C'est ce rôle que l'adolescent va contester : on conçoit alors que des attitudes du style « paternalisme bienveillant » risquent de majorer les conduites d'opposition, de non-observance ou à l'opposé de soumission.

Toute cette dynamique est concentrée dans le délicat problème du changement de médecin, passage du pédiatre au médecin d'adulte, passage nécessaire mais parfois difficile ou impossible (du fait du malade? de ses parents? du pédiatre?).

Maladie chronique et narcissisme. — « Accepter » la maladie, c'est pour l'adolescent investir de libido un corps « défaillant » sans que pour autant l'assise narcissique de la personne soit malade.

À l'adolescence les remaniements des investissements narcissiques d'un côté, de l'idéal du Moi de l'autre, constituent un des axes essentiels du travail psychique (voir chap. 1, Le narcissisme). Les conduites d'appropriation de son corps et les affects liés à l'estime de soi en sont les traces comportementales et psychodynamiques.

Si pour tout adolescent l'appropriation du corps se fait aux dépens des parents et surtout de la mère, on comprend aisément que chez l'adolescent malade chronique cette appropriation soit plus difficile et conflictuelle.

La qualité du narcissisme (secondaire) dépend de la nature et de l'équilibre des investissements agressifs et libidinaux sur la personne propre. Dans l'enfance, ces investissements proviennent de l'enfant lui-même mais aussi des parents. La présence de la maladie a souvent profondément modifié la nature de ces investissements parentaux dominés par des affects de colère ou de haine liés à la culpabilité et transformés ensuite en un besoin de soigner qui peut devenir compulsionnel. La partie malade du corps de l'enfant est alors désignée d'un investissement pulsionnel haineux (il faut soigner cette partie malade ; ou en d'autres termes : il faut la faire disparaître ; ou en d'autres termes : il faut la supprimer). Même quand les parents ont réussi à surmonter et élaborer ce premier temps de colère et de révolte, rejetons affectifs conscients de la pulsion agressive refoulée, les soins apportés au

corps de l'enfant peuvent focaliser les investissements d'amour, l'enfant développant le sentiment inconscient d'être aimé uniquement par et grâce à sa maladie.

C'est cette partie malade que l'adolescent doit intégrer dans une image de soi unifiée où les investissements libidinaux seront en mesure de neutraliser le poids des investissements agressifs pour parvenir à un équilibre narcissique satisfaisant.

Lorsque le « corps malade » est investi d'une charge agressive haineuse trop importante, l'adolescent pour préserver un minimum d'investissement narcissique positif de l'image de soi n'aura d'autre solution que de cliver d'un côté une image de soi idéalisée (parfaite mais inaccessible) et de l'autre une image de soi dévalorisée, vile et qu'il convient au mieux de méconnaître, au pire de supprimer. Ce clivage se traduit cliniquement par les fréquentes perturbations dans l'« estime de soi ». Les fantaisies et fantasmes sur la mort, les craintes liées au traitement qui s'expriment parfois dans le cadre d'une psychothérapie témoignent de la difficulté à intégrer cette partie malade et volontiers clivée du corps dans une représentation de soi unifiée et suffisamment solide pour garantir le sentiment de continuité narcissique.

Pour que l'investissement narcissique soit relativement préservé, les investissements affectifs parentaux doivent se porter sur l'enfant tel qu'il est et non tel qu'il devrait être. Winnicott, décrivant la situation d'un enfant porteur d'une syndactylie avait bien montré chez celui-ci « ce besoin qu'il avait d'être aimé tel qu'il était venu au monde, c'est-à-dire avant les interventions chirurgicales, avant qu'il n'eut commencé le processus de transformation et d'amélioration de son état » (D.W. Winnicott, 1971). Aimé tel qu'il est, l'enfant se sent conforter ultérieurement dans un sentiment de normalité narcissique, tandis qu'un enfant ayant été aimé non pas tel qu'il était mais tel qu'il aurait dû être, aura longtemps le sentiment d'un narcissisme défaillant. Ce type d'investissement parental n'est pas spécifique à la situation d'un enfant présentant une pathologie, en particulier une malformation, mais bien évidemment une telle pathologie renforce la fréquence possible de cet investissement idéalisant narcissique et défensif : l'enfant est investi pour ce qu'il devrait être, c'est-à-dire un enfant sain qui puisse réparer le sentiment de culpabilité parentale et non pas l'enfant tel qu'il est avec sa maladie et ses imperfections, un enfant qui puisse se sentir aimé et accepté y compris dans ses imperfections et sa différence ! Ce narcissisme défaillant qui marque l'écart entre l'objet idéal qu'il devrait être et sa réalité se traduit très directement par une médiocre estime de soi. C'est dire l'importance du soutien parental et du travail sur la culpabilité et le deuil que tout parent confronté à la maladie grave et chronique d'un enfant devrait effectuer, dans l'intérêt de ce dernier, et ce dès la petite enfance quand la pathologie s'est révélée à cet âge.

À côté des investissements narcissiques de l'enfance, la nature même de la maladie semble en conditionner le degré d'acceptation, et le retentissement

sur l'image de soi. En effet, plus la maladie chronique est grave, plus elle provoque un handicap important ou des déformations majeures, plus il semble qu'elle soit acceptée et intégrée à l'image de soi sans provoquer une baisse d'estime de soi à la hauteur de la pathologie constatée. Inversement une maladie qui suscite une gêne minime, qui ne provoque aucune déformation ou simplement une très discrète trace peut être vécue sur une mode de dévalorisation honteuse majeure, provoquant une importante baisse de l'estime de soi. S. Freud avait évoqué à propos des relations fraternelles, le « narcissisme des petites différences » qu'on retrouve peut-être ici à travers ces constatations en apparence paradoxales : plus l'écart par rapport à la norme est grand, plus la reconnaissance de l'état pathologique est incontournable, plus la « comparaison » avec la normalité est inepte, plus l'acceptation de cet état en est facilitée. Inversement plus l'écart entre la norme et l'état pathologique est réduit, plus cet écart est source de souffrance car la comparaison avec la normalité devient pertinente ou suscite une incessante et épuisante compétition anxieuse avec l'adolescent « normal ». Ainsi les maladies chroniques qui provoquent le moins de préjudice, handicap, malformation, sont souvent celles qui suscitent le plus ce sentiment de dévalorisation et de rejet. Cette différence n'est pas toujours comprise par les équipes de soins somatiques et cette incompréhension peut amplifier les conduites de rejet de l'adolescent.

Maladie chronique et sexualité. — Tout adolescent vit dans son corps et son psychisme un mouvement de sexualisation temporairement envahissant. L'adolescent malade n'échappe pas à ce mouvement et « sexualise » sa maladie ; les questions mais surtout les croyances et les fantasmes concernant le retentissement de la pathologie chronique sur la normalité sexuelle en sont la trace consciente.

Certes les situations cliniques sont très différentes : ainsi un adolescent avec un spina-bifida présente une atteinte majeure de sa sexualité. Inversement, d'autres maladies chroniques ne modifient en rien la fonction sexuelle. Cependant pour l'adolescent, quel que soit le type de maladie les questions sur la « normalité de sa sexualité » sont souvent au premier plan. Certes cette interrogation est commune à tous les adolescents mais elle est renforcée par la présence de la maladie : la crainte ou la conviction d'avoir une sexualité lésée, de ne pas pouvoir avoir d'enfant est fréquente sinon constante.

Certains adolescents développent des conduites de repli et d'évitement de toute forme de sexualité y compris de toute pratique masturbatoire ; cet évitement traduit en général un fantasme de castration lié à la maladie et s'intègre alors dans une image de soi et un narcissisme « amputés ».

D'autres adolescents adoptent des comportements soit de réassurance soit de provocation pour vérifier l'intégrité de leur organe ou prouver une affirmation de leur puissance sexuelle (sexualité chaotique et tumultueuse, partenaires multiples, grossesse).

Sous-jacente à ces comportements, c'est l'identité sexuelle qui est en jeu dans une dynamique de conflit entre cette identité affirmée et la reconnaissance de la maladie. Pour certains adolescents, c'est parfois comme si l'identité sexuelle ne pouvait s'affirmer qu'en niant la réalité de la maladie ou inversement.

À ce possible vécu de castration l'adolescent doit aussi intégrer la composante passive/active inhérente à toute définition de l'identité sexuelle. Là encore la maladie chronique interfère de par l'exacerbation de la composante soumission-passivité. L'adolescent, peut-être plus le garçon que la fille, refuse cette soumission-passivité vécue comme un équivalent de soumission homosexuelle et veut parfois s'affirmer dans une activité dont la première expression est le rejet (de la maladie, des soins, du médecin, etc.). L'expression de cette activité nécessaire pour l'intégration d'une identité sexuelle assumée (et non imposée) peut dans certains cas entrer en conflit avec des soins qui imposent un état de relative soumission.

Maladie chronique et connaissance. — Les adolescents malades chroniques n'accèdent fréquemment qu'à un niveau scolaire inférieur à ce que leur QI leur permettrait d'atteindre (W.T. Garrisson, 1989). L'absentéisme scolaire imposé par la maladie n'explique pas cet échec relatif. En outre, les enfants et adolescents malades développent souvent un sentiment d'être incapables, de ne pas pouvoir parvenir à leurs ambitions quand ils en ont. La projection dans l'avenir est en effet souvent défectueuse avec un défaut de représentation sociale future.

Pourtant l'évaluation cognitive des adolescents malades chroniques met en évidence des niveaux normaux, voire supérieurs (à condition toutefois de ne pas inclure les maladies qui associent un handicap mental). Cependant à côté de ce fonctionnement cognitif satisfaisant, un secteur d'allure régressive ou archaïque coexiste souvent. Ceci est caricatural dans la compréhension que l'adolescent a de sa maladie. Si très souvent il a une connaissance « physiologique » en apparence satisfaisante, il peut développer des croyances d'allure magique sur la cause, la transmission, l'évolution, etc. Dans d'autres cas alors que l'adolescent présente une scolarité satisfaisante, voire très performante, il maintient une explication d'allure très infantile et archaïque concernant sa maladie.

Les explorations du fonctionnement cognitif en termes non pas de niveau global mais de profil (épreuves piagétiennes) en révèlent souvent l'hétérogénéité.

Ces constatations témoignent de la difficulté pour l'adolescent d'intégrer dans sa connaissance, au sens le plus large, c'est-à-dire dans l'investissement de son narcissisme, la réalité de la maladie. Le relatif échec scolaire, le sentiment d'incapacité s'expliquent assez aisément par le vécu de « castration » et d'« impuissance ». Les effets de méconnaissance malgré une intelligence

normale sont au service des moyens de défense tels que la dénégation ou le clivage, afin de préserver une image de soi satisfaisante tout en enkystant dans un secteur clos de la psyché une croyance archaïque.

Parfois la recherche d'une explication à la maladie étaie un surinvestissement cognitif important : certains adolescents malades chroniques veulent « tout savoir », véritable boulimie du savoir qui, de façon subtile maintient un secteur clivé et ignoré : celui de la maladie. Peut-être est-ce une des raisons qui rend compte du fait que, même en cas de réussite scolaire brillante, l'adolescent ne semble pas capable de se projeter dans un avenir professionnel et social en adéquation à cette réussite.

CLINIQUE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Toutes les enquêtes ont montré qu'il n'existe pas de lien univoque entre une pathologie organique et un type particulier de profil psychique. Les patients souffrant d'une maladie chronique sont, comme la population générale, susceptibles de présenter toutes les formes de structures mentales et par conséquent les diverses pathologies mentales qui en sont l'expression : troubles névrotiques divers, troubles de personnalité, troubles psychotiques, etc. Il n'y a pas plus de patients états limites, psychotiques et *a fortiori* schizophrènes parmi les adolescents malades chroniques que dans la population générale. En second lieu, il convient aussi de se garder d'un réductionnisme simpliste en attribuant systématiquement à la pathologie chronique ou au handicap l'origine de toutes les difficultés, déviances et pathologies psychiques observées chez ce jeune sujet. Ce serait en quelque sorte réduire le sujet à sa maladie, ce dont d'ailleurs se plaignent de façon répétée certains adolescents (« ce n'est pas moi qu'on prend en considération, mais ma maladie… »). Un adolescent malade chronique a aussi « le droit » d'avoir des difficultés d'ordre psychoaffectif qui ne soient pas directement en lien avec sa pathologie organique !

Il n'en reste pas moins vrai qu'une maladie chronique peut aussi être considérée comme un facteur de risque de souffrance psychique et, partant, d'expression de cette souffrance au travers d'une sémiologie d'allure anxieuse, dépressive ou d'une majoration de la dimension conflictuelle avec l'entourage. Adolescence d'un coté, maladie chronique et handicap de l'autre, sont des facteurs d'instabilité psychique et somatique susceptibles de renforcer leurs effets de décompensation. Ainsi, à titre d'exemple, la croissance pubertaire constitue un facteur potentiel d'aggravation d'une scoliose, à une période où l'adolescent(e) se montre volontiers moins observant(e), le risque étant un renforcement réciproque de ces deux facteurs. Il en va de même pour le diabète insulino-dépendant qui présente une phase transitoire de résistance relative à l'insuline pendant la période pubertaire en même

temps que le jeune adolescent supporte de plus en plus mal les contraintes du traitement : on constate ainsi dans l'un comme dans l'autre cas qu'il ne faut pas attribuer systématiquement à une observance imparfaite ce qui revient peut-être à une décompensation ou une aggravation liée à des facteurs organiques. On comprend aussi que le cadre familial garde une importance majeure, même si à cet âge, le jeune revendique son « indépendance ». Le cap de l'adolescence devient ainsi une étape difficile à franchir pour le jeune lui-même et difficile à penser pour ses parents. Nous avons souligné l'intensité du lien qui unit souvent l'un des parents, généralement la mère, à son enfant malade.

L'adolescent, comme ses parents, doivent souvent affronter le « deuil de la guérison ». En effet, l'espoir d'une guérison avait pu être subrepticement entretenu pendant toute l'enfance : cet espoir a souvent constitué le ressort secret de l'observance thérapeutique : je me soigne, disait l'enfant, nous le soignons, disaient les parents, avec la secrète croyance que ces bons soins pourraient le guérir et venir à bout de sa maladie « plus tard ». Mais l'adolescence est l'âge où le sujet comme ses parents devront se confronter à l'illusion de cette guérison. Ce deuil peut être rendu encore plus difficile lorsque la maladie retentit sur la croissance pubertaire. Cet écart entre la projection d'un futur idéal et la pénible réalité présente ajoute à la souffrance psychique. Cela peut expliquer en partie la difficulté des adolescents malades chroniques (tout comme leurs parents) à se projeter dans le futur : il est assez fréquent de constater que les adolescents malades chroniques ne parviennent pas à concrétiser leurs études et à obtenir une activité à la hauteur de ces études, voire de leurs diplômes, et ceci indépendamment des obstacles matériels à leur insertion professionnelle.

En définitive, « accepter » sa maladie revient, pour l'adolescent, à investir de libido un corps mauvais ou défaillant sans que pour autant son assise narcissique soit elle-même « malade » (voir ci-dessus). On comprend la violence d'un tel paradoxe ! De plus, si pour tout adolescent l'appropriation du corps se fait au dépend des parents et surtout de la mère, on comprend aussi que chez l'adolescent malade, cette appropriation puisse être plus difficile et plus conflictuelle. Le mécanisme du clivage peut alors représenter un recours protecteur en séparant d'un côté une image de soi idéalisée mais inaccessible, et de l'autre une image de soi dévalorisée qu'il convient au mieux de méconnaître et au pire de supprimer.

Au terme de ces remarques générales, nous décrirons successivement l'évitement de l'adolescence, la clinique de la non-observance, les troubles anxieux, les troubles dépressifs et les conduites de rupture.

Clinique de l'adolescence évitée/supprimée. — Certains enfants semblent incapables de s'engager dans une problématique adolescente. Ils se maintiennent dans une attitude de soumission passive et d'obéissance exemplaire aussi bien avec les parents qu'avec le médecin.

Ce comportement peut être facilité et amplifié par un retard de croissance et de puberté aboutissant dans certaines situations extrêmes à ces individus « bonsaï » décrit par V. Courtecuisse (1985) : la maladie semble être la seule filiation et la seule histoire possible, individus sans âge autre que leur âge civil, « étrangers dans un corps étrange ».

Dans d'autres cas la famille, surtout la mère, paraît incapable de laisser à son enfant la prise d'autonomie nécessaire et maintient un état de surveillance, de dépendance majeure. Parfois de façon plus subtile, l'un ou les parents laissent entendre les sacrifices consentis pour soigner l'enfant et attendent de celui-ci à l'entrée dans l'adolescence une reconnaissance et une soumission persistantes. Dans d'autres familles, le poids d'une angoisse envahissante ne laisse ni aux parents, ni à l'adolescent le moindre espace de différenciation et *a fortiori* la moindre possibilité de prise de risque. La trace clinique de cette adolescence bloquée, avortée ou supprimée s'observe souvent dans les aléas des investissements sublimatoires en particulier scolaires : tantôt l'échec scolaire apparaît à l'adolescence ou s'amplifie malgré une intelligence « normale ». Tantôt le surinvestissement scolaire confine l'adolescent dans une interminable poursuite d'études dont la finalité n'est pas évidente sinon comme défense (maintien d'un statut d'enfant et déplacement sur des objets de connaissance externes d'un savoir intérieur rejeté).

Au plan des soins exigés par la maladie cette situation peut paraître bénéfique mais elle témoigne d'une réelle « amputation » du fonctionnement psychique (où prédomine souvent une sorte d'immaturité/niaiserie) : d'une certaine manière la maladie a triomphé du sujet dans une aliénation définitive à son statut de « malade ».

Clinique de la « non-observance ». — En matière de maladie chronique la non-observance est une constatation fréquente sinon habituelle, voire nécessaire à l'adolescence.

L'observance concerne des domaines très variables (voir chap. 22, Observance à l'adolescence) et la clinique de la non-observance est diversifiée. Cette dernière est fonction des maladies impliquées mais elle se caractérise souvent par :

– des absences inhabituelles aux rendez-vous (alors que la ponctualité était auparavant la règle avec l'enfant) ;

– des « oublis » liés au contrôle de la maladie (oubli du carnet chez le diabétique, des dosages ou des urines chez l'insuffisant rénal, etc.) ;

– des signes cliniques inhabituels, multiples en apparence incompréhensibles ou discordants ;

– des interruptions prolongées de suivi ;

– des épisodes de décompensation aboutissant à des hospitalisations d'urgence (en sachant toutefois que de tels épisodes peuvent aussi survenir malgré une observance correcte).

Cette clinique de la non-observance, qui commence à être connue des pédiatres, représente dans ses formes mineures une tentative d'échapper à la réalité de la maladie, tentative maladroite certes mais qui souvent inaugure le mouvement d'adolescence. De ce point de vue on pourrait considérer qu'une telle attitude participe de la santé développementale.

Cependant, l'escalade dans les conduites de non-observance (rupture de suivi, manipulation grave des résultats, comportement objectivement dangereux, etc.) témoigne non plus d'un désir d'échapper mais d'un besoin de dénier la réalité de la maladie pour préserver le narcissisme et l'estime de soi. Au pire, les comportements de non-observance peuvent être l'équivalent de véritables attaques du corps propre, témoignant du processus de violence et de haine dirigé contre la partie malade du corps, s'inscrivant dans une problématique de dépressivité (voir les paragraphes suivants).

Les troubles anxieux. — Le taux des troubles émotionnels, en particulier anxieux, concerneraient plus de 20 % des adolescents atteints d'une maladie chronique (C. Eiser, 1990; J.V. Lavigne et J. Faier-Routman, 1992; P. Krener et E.S. Harris, 1998). Ce taux est à comparer aux 8 % observés en moyenne dans la population générale (voir le chapitre 13). Il n'y a pas, en revanche, de particularité dans la description de ces troubles anxieux et l'on retrouve les diverses manifestations : anxiété chronique plus souvent qu'attaque de panique, conduite d'évitement phobique, manifestation de la série obsessionnelle pouvant aller jusqu'à des troubles obsessifs compulsifs (TOC). Certaines pathologies ont été plus précisément désignées : asthme, épilepsie, diabète insulino-dépendant (TOC) sans que des études épidémiologiques sur des échantillons assez importants puissent valider ces perceptions cliniques. Ces manifestations anxieuses précèdent volontiers une décompensation dépressive et, en ce sens, elles justifient d'être repérées pour mettre en place si possible un soutient psychologique dès cette étape.

Les troubles dépressifs. — L'existence d'une maladie chronique augmente-t-elle le risque de survenue d'une dépression? Inversement, la dépression est-elle susceptible de modifier le cours de la maladie chronique ou son expression? Certaines maladies chroniques ne possèdent-elles pas un potentiel dépressogène qui leur est propre? De même, la dépression n'accroît-elle pas le risque d'être atteint de certaines pathologies somatiques qui auraient un lien de causalité et pas simplement d'occurrence avec la dépression? Ces deux dernières questions touchent des problèmes fondamentaux comme c'est le cas, par exemple, pour les maladies auto-immunes ou les pathologies endocriniennes. Nous n'aborderons pas ces questions complexes qui dépassent le cadre de l'adolescence et qui concerne plutôt l'adulte.

Restons-en aux deux premières questions : le lien entre pathologie organique et dépression dans l'un ou l'autre sens, sans préjuger d'une quelconque causalité. Parmi d'autres, P.M. Lewinsohn (1996) a mis en évidence un lien entre la dépression et certaines atteintes somatiques sur une population de 1 507 adolescents scolarisés. Il apparaît que la présence d'une maladie et surtout d'un handicap est un facteur de risque de survenue d'un épisode dépressif majeur, ce qui n'est pas le cas pour un accident. Cela semble d'autant plus vrai qu'il s'agit de maladies chroniques avec un handicap moteur : les taux des troubles affectifs et d'adaptation y seraient augmentés d'environ 20 % à 50 % par rapport à la population témoin des enfants et adolescents indemnes de maladie (T. Nolan, I.B. Pless, 1986). Dans une enquête sur 11 699 enfants et adolescents âgés de 4 à 17 ans, S.L. Gortmaker et coll. (1990) montrent en outre une forte corrélation entre troubles affectifs ou troubles des conduites d'un coté, et de l'autre la précocité de la pathologie somatique, le fait d'être un garçon, de vivre dans une famille monoparentale et de faible niveau économique. Dans leur étude sur les adolescents atteints de maladie de Crohn ou de rectocolite-ulcéro-hémorragique, B. Siat et coll. (1992) les décrivent ainsi : « Les patients réalisent difficilement des projets d'avenir et cela peut s'expliquer par leur profil anxieux, voire dépressif. Ils sont timides, dépressifs, effacés, soumis au désir maternel. Tristes, ils se décrivent comme méticuleux, sérieux… ».

À l'inverse, la dépression est également un facteur de risque pour l'évolution d'une maladie ou d'un handicap. Cela était déjà connu chez l'adulte : les maladies chroniques douloureuses ou invalidantes peuvent être à l'origine de dépression, et la dépression peut modifier ou majorer l'expression symptomatique en s'accompagnant de plaintes somatiques (céphalées, douleurs thoraciques ou douleurs rhumatologiques en particulier). La présence d'une dépression peut constituer un élément de gravité relative : ainsi l'asthme est plus sévère chez les enfants et les adolescents qui présentent un état dépressif (D.A. Mrazek et coll., 1985, *In* : P. Krener-Knapp et E.S. Harris, 1998).

Sémiologie

La sémiologie des manifestations dépressives présente-t-elle des particularités? Comme pour tout adolescent, la plainte dépressive est rarement exprimée comme telle directement (voir le chapitre 9). Mais, en outre, c'est en général par des signes indirects que se manifeste la dépression : plaintes somatiques en recrudescence, intolérance nouvelle aux symptômes habituels de la maladie, irritabilité grandissante face aux examens ou explorations à entreprendre, refus de soin ou d'observance directement exprimé ou plus encore masqué derrière une apparente soumission. À l'opposé, on peut observer une soumission totale et une passivité nouvelle chez un patient qui jusque-là s'impliquait activement dans la relation aux soignants, etc. Les

symptômes dépressifs sont souvent « masqués », mais il n'est pas rare qu'ils soient présents si on se donne la peine de les rechercher : trouble du sommeil, désinvestissement, perte d'intérêt, doute envahissant sur la pertinence du traitement, question existentielle sur le sens de la vie et de la mort, pensées suicidaires, etc.

Relation médecin-malade

En revanche, il est parfois très difficile au malade d'exprimer sa souffrance et ses idées dépressives à son médecin traitant habituel, comme s'il avait peur, à travers cet aveu, soit de trahir sa confiance, soit de craindre une réaction inappropriée du médecin. L'aveu de la réaction dépressive en réponse à la situation médicale difficile que traverse le patient apparaît souvent comme l'équivalent d'une remise en cause de la relation médecin-malade et une remise en cause de l'alliance thérapeutique. C'est une des raisons pour lesquelles la dépression apparaît souvent « masquée ».

Remarques psychopathologiques

Les liens entre dépression et pathologie organique sont donc complexes. Comment l'adolescent peut-il intégrer un corps lésé dans un investissement de sa personne qui ne soit pas lui aussi endommagé, à travers une image ou une estime de soi qui ne soit pas elle-même « lésées »? Autrement formulé : comment un adolescent au corps lésé peut-il s'identifier dans un narcissisme intact et préservé? C'est à cette contradiction fondamentale qu'est confronté l'adolescent souffrant de maladie chronique. L'estime de soi est volontiers altérée, avec sentiments de dévalorisation, manque de confiance en soi, sentiments d'incapacité, etc. (D. Offer et coll., 1984). L'axe narcissique est ici directement impliqué, peut-être d'autant plus que la maladie ne provoque en surface que de « petites différences » avec la norme (voir ci-dessus). Ainsi, « accepter » sa maladie revient, pour l'adolescent, à une sorte de paradoxe douloureux qui consiste à accepter à l'intérieur de soi une partie défaillante qui pour autant ne « contamine » pas la totalité de l'image de soi! De plus, si pour tout adolescent l'appropriation du corps se fait au dépend des parents et surtout de la mère, on comprend aussi que chez l'adolescent malade cette appropriation puisse être plus difficile et plus conflictuelle, d'où le recours au clivage qui maintient côte à côte une image idéalisée mais inaccessible et une image dévalorisée et bien réelle : la dépression trouve là une partie de son origine.

La clinique de la rupture : tentative de suicide, troubles du comportement, défaut grave d'observance. — Bien que peu nombreux, certains

adolescents malades chroniques présentent des conduites de rupture majeure dans plusieurs secteurs de leur vie : TS, rupture scolaire, familiale, trouble grave du comportement, sexualité non protégée, grossesse, conduite délinquante, etc.

Concernant l'association TS et maladie chronique, les données sont éparses et, contrairement au cas de la dépression, il n'existe pas d'enquêtes prospectives permettant de répondre en toute rigueur. On retrouve quelques publications mais cela va rarement au-delà d'un ou deux cas particuliers. Pour certains auteurs, la tentative de suicide serait particulièrement fréquente. Ainsi, dans le recrutement d'un service de médecine pour adolescents (P. Alvin, 1993), 10 % des tentatives de suicide hospitalisées concernent des adolescents malades chroniques, et inversement, 9,6 % des adolescents malades chroniques (surtout dans les pathologies suivantes : asthme, obésité, diabète, épilepsie) ont des antécédents de tentative de suicide.

À titre d'exemple, on peut citer le cas des sujets diabétiques insulino-dépendant qui s'administrent une dose potentiellement létale d'insuline. Il s'agit là d'une situation quasi expérimentale puisque le produit létal est en même temps le produit thérapeutique indispensable. Depuis 1985, on retrouve une quinzaine de publications. Dans la quasi-totalité des cas, il s'agit d'adultes et il n'y a qu'une seule publication datant de 1988 (Y. Kaminer et D.R. Robbins, 1988) portant sur deux cas de jeunes filles adolescentes insulino-dépendantes qui se sont administrées de fortes doses d'insuline ; dans leur conclusion, les auteurs se demandent si ce type de comportement d'allure suicidaire n'est pas plus fréquent, sans avoir bien sûr de réponse.

Geste souvent impulsif, la tentative de suicide est rarement intégrée dans une sémiologie franchement dépressive. Le désir de mourir est moins souvent énoncé que le besoin de faire cesser la situation, de supprimer un corps défectueux qui entrave l'individu. La tentative de suicide est ici le symbole même de l'attaque du corps et de la clinique de la rupture où on peut rencontrer également :

– une non-observance répétée, en particulier dans les traitements indispensables, avec arrêt soudain de ce traitement mettant la vie en danger, quasi équivalent suicidaire ;

– comportement de fugue ;

– bagarres, conduites délinquantes ;

– conduites toxicomaniaques ;

– sexualité chaotique, non protégée, conduites de prise de risques répétées ;

– grossesses précoces, situation qui, chez la fille, apparaît comme un équivalent des prises de risque chez le garçon et qui, en outre, témoigne du questionnement toujours très vif concernant la capacité d'avoir des enfants ;

– rupture scolaire totale ;

– conflits avec les parents, fugue du foyer familial.

Même si l’adolescent ne cumule pas toutes ces conduites, il en présente habituellement plusieurs. Véritable désorganisation somato-psychique inscrite dans un état limite, on est confronté ici à un processus d’attaque violente du corps éprouvé comme le responsable de toutes les souffrances et du cadre de vie de l’adolescent, sa famille, les soignants, l’environnement, etc.

Bien que rares, ces états ont l’intérêt de montrer la violence des affects haineux toujours à l’œuvre, la partie malade du corps étant prise comme cible de cette haine. Dans d’autres cas, le fantasme agissant semble être celui d’une omnipotence affirmée, d’un corps invulnérable dont toute imperfection est niée. Les prises de risque et conduites dangereuses sont d’autant plus importantes que le besoin d’affirmation est grand. Cette omnipotence est bien évidemment le contre-investissement défensif d’un vécu intérieur de dévalorisation, de vulnérabilité-fragilité et résulte d’une incapacité ou d’un refus à engager tout travail de deuil, recourant à la croyance en une guérison magique qui redonne à l’adolescent sa toute puissance infantile et sa capacité à contrôler son environnement.

Contexte familial. — L’importance du vécu abandonnique est souvent la cause de cette incapacité : les conduites de rupture s’observent d’autant plus souvent que le contexte familial n’a pas été contenant aussi bien pour ce qui concerne les soins que pour l’angoisse mobilisée par la maladie chronique. Ces remarques montrent incidemment la difficulté de prise en charge thérapeutique de ces sujets. En effet, ces personnes ont objectivement entre leurs mains le contrôle de leur vie : il leur suffit d’arrêter de se soigner pour mettre leur vie en danger. C’est une chose de pouvoir mettre fin à sa vie en refusant ou en oubliant de se traiter et s’en est une autre que d’agir un comportement directement suicidaire avec les conséquences que cela comporte. En s’abstenant de se traiter et en mettant ainsi sa vie en péril, on comprend aisément que le sujet malade détient entre ses mains un « pouvoir » qu’il peut utiliser pour faire fléchir les autres, c’est-à-dire ses proches, ses soignants, son psychothérapeute, etc. Ainsi, le sujet malade chronique retrouve-t-il une paradoxale toute puissance dont il peut user et abuser pour ne pas s’engager comme tout adolescent doit le faire dans un travail de renoncement, toujours douloureux et dans ce cas précis encore plus douloureux.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Elle est nécessairement plurifocale impliquant une équipe de soin où sont réunis pédiatre, spécialistes divers, infirmier(e), technicien particulier (diététicien, kinésithérapeute, rééducateur, etc.), psychologue, psychiatre. Cette prise

en charge multifocale implique une répartition claire et précise des rôles non seulement en terme médical somatique mais aussi en terme de soutien psychologique ce qui signifie la nécessité de rencontres, de synthèses régulières autour de chaque cas clinique. Le programme thérapeutique doit impliquer l'adolescent et les parents en ayant pour chacun des objectifs spécifiques.

Cette prise en charge multifocale permet à chaque intervenant de trouver la « bonne distance » avec l'adolescent en évitant l'excessive proximité avec les attitudes de séduction ou au contraire les comportements d'autoritarisme ou de rejet quand l'adolescent refuse de « se soumettre ».

D'une façon générale, **le médecin somaticien** apparaît comme le « garant de la santé », rappelant la réalité et la nécessité des soins. C'est avec la partie saine de l'individu qu'il fait alliance. **L'infirmier(e)** intervient comme un tiers médiateur, compréhensif et conseiller, dans une relation d'allure maternelle légèrement décalée, son attitude de compréhension empathique a pour objet de développer le savoir-faire actif de l'adolescent face à sa maladie et aux soins qu'elle requiert. **Le paramédical** (diététicien, kinésithérapeute, etc.) défend l'image d'un corps à préserver et propose un « plan de soin » où l'adolescent doit avoir sa part de choix et d'initiative. **Le psychothérapeute** (psychiatre, psychologue) devient le « garant du sujet », à l'écoute de la colère, du désespoir, de la violence et des moments dépressifs qui proviennent de la partie saine du patient. Par son écoute empathique, il autorise l'expression des affects négatifs de souffrance, d'angoisse, de haine, premier temps nécessaire avant de pouvoir lier ceux-ci aux affects plus modulés d'amour et d'espoir, seul issue pour donner un sens à ce qui, toujours, est d'abord vécu comme « insensé ».

De leur côté les parents ont souvent besoin d'un soutien tant individuel que de couple pour d'une part accepter d'être en partie dessaisis de leur fonction d'auxiliaire de soin qui les avait efficacement mobilisés pendant l'enfance, d'autre part effectuer leur propre travail de deuil lié à cette perte relative et aux déceptions qui en découlent, enfin retrouver si possible des investissements qui ne soient plus focalisés sur le seul enfant malade. Ce désengagement relatif est d'autant moins facile pour les parents qu'ils voient leur adolescent multiplier les risques et faire le contraire de ce qu'ils savent être bénéfique pour les soins. Il est donc indispensable de proposer un soutien actif, effectué soit par le médecin soit par un thérapeute distinct de celui qui prend en charge l'adolescent.

Bien entendu il n'est pas toujours possible d'offrir un tel éventail de prises en charge dans un service au personnel réduit. Cependant, **un réseau de soignants** regroupant des professionnels motivés et compétents peut toujours être constitué permettant d'ailleurs à l'adolescent de trouver des espaces de circulation de l'un à l'autre. La base d'un tel réseau repose sur les réunions régulières de synthèse, véritable regroupement symbolique des divers fragments de l'adolescent où les participants peuvent ainsi mieux entendre les conflits intrapsychiques et le sens des éventuels mouvements de révolte. La place du psychiatre est ici très impor-

tante pour permettre aux divers soignants (pédiatre, infirmiers, etc.) d'accéder à une prise de conscience de leur contre-attitude face à l'adolescent et à ses demandes, de clarifier la nature des liens affectifs qui se sont établis et le sens des divers comportements souvent déroutants de l'adolescent.

Sur le plan psychothérapeutique la prise en charge de ces patients nécessite de notre point de vue un travail de liaison étroite avec l'équipe médicale somatique afin d'avoir une bonne connaissance des enjeux et des mouvements d'alliance, d'opposition entre l'adolescent et les divers soignants. À l'évidence, le maintien de la confidentialité sur les conflits psychiques est primordial. Mais l'intégration du psychothérapeute à l'ensemble de l'équipe de soin réduit la tendance au clivage psyché-soma, au déni de la maladie avec le risque d'installer une relation d'allure idéalisée mais déréelle entre le « psy » et l'adolescent. Lorsque les conduites de rupture prédominent, il faut souligner le surcroît de difficultés pour le psychothérapeute : en effet par rapport à l'adolescent en bonne santé physique, l'adolescent malade chronique possède objectivement une « toute-puissance », celle de mettre en jeu sa vie, sans rien faire, simplement en s'abstenant (des soins). Cette toute-puissance en négatif contraint les adultes à agir et l'adolescent en retire un évident pouvoir de manipulation. Cette projection d'angoisse et le bénéfice secondaire liés au déni et à la toute-puissance peuvent représenter des entraves majeures au processus d'intériorisation et de mentalisation.

Nous avons souligné l'absence de corrélation entre une maladie et un profil psychologique particulier. C'est la raison pour laquelle il ne nous paraît pas adéquat de proposer une « liste » de situations cliniques (l'adolescent insulinodépendant, l'adolescent hémophile, l'adolescent insuffisant rénal, l'adolescent asthmatique…, etc.). En matière de maladie chronique, l'expérience de chaque clinicien psychiatre ou psychologue est souvent centrée sur une pathologie particulière, du fait des conditions d'exercice en tant que vacataire dans un service pédiatrique spécialisé. Existe-t-il des spécificités psychologiques propres à chaque maladie? Certains l'affirment, d'autres le réfutent devant la diversité des attitudes psychologiques qu'ils rencontrent chez des patients présentant la même maladie. Incontestablement certaines particularités peuvent focaliser une problématique particulière. Citons par exemple :

– l'attente d'une greffe d'organe espérée comme la guérison avec l'impatience et l'angoisse liées à cette attente (greffe de rein, de foie, de cœur-poumon, etc.) ;

– la perte de la marche chez l'adolescent souffrant d'une myopathie de Duchenne avec l'atteinte progressive de la fonction respiratoire et l'échéance fatale qu'elle implique ;

– la contamination par le virus VIH d'un enfant hémophile avec l'ambiguïté du lien au médecin que cela implique…

Chaque clinicien dans l'accompagnement de son patient découvrira peu à peu ces spécificités parfois dramatiques parfois plus heureuses mais elles

sont en général au second plan derrière les enjeux psychodynamiques plus généraux qui ont été précédemment décrits.

ADOLESCENCE ET DÉFICIENCE MENTALE

L'adolescent handicapé mental ressent et perçoit les mêmes pulsions que son contemporain non déficitaire au moment de la puberté. À la même époque l'éveil de la sexualité, le désir d'émancipation même s'ils sont irréalisables du fait du handicap, entraînent des cortèges de pulsions, de recherches de l'autre sexe dont l'expression est par trop évidente ; elle ne passe pas par les mêmes jeux érotiques habituels à cet âge, et elle peut prendre un caractère compulsif. Ce désir peut survenir tardivement chez l'adolescent déficitaire profond mais il n'en existe pas moins.

LA DÉFICIENCE MENTALE ISOLÉE

Elle pose des problèmes particuliers comme l'illustre la Trisomie 21 ou Mongolisme. En particulier, les Trisomiques 21 pour lesquels la maladie est liée à l'âge maternel avancé, arrivent à l'âge de l'adolescence lors de la retraite des parents. Il se pose un problème d'insertion sociale en même temps qu'un problème de comportement sexuel. Pour ce qui est de la puberté, elle s'effectue normalement, mais elle pose des problèmes différents selon les sexes. Les filles risquent de subir des abus sexuels, ce qui pose le problème des moyens contraceptifs : la « pilule » est impossible à faire prendre de façon continue car cela est contraignant ; les dispositifs intra-utérins ne paraissent pas être utilisables ; chez de telles patientes on peut recourir à la ligature des trompes que l'on doit toujours faire si ces enfants sont porteuses d'une Trisomie 21 par translocation. Pour ces adolescentes le risque théorique et confirmé d'avoir des enfants normaux est de 50 %. De toutes façons les adolescentes et jeunes adultes Trisomiques 21 qui sont mères, ont de gros problèmes relationnels avec leur enfant, nécessitant le plus précocement possible pour celui-ci un cadre éducatif adapté, tel qu'un placement familial spécialisé.

Les garçons sont définitivement stériles : leur activité est essentiellement autoérotique, leur affectivité est infantile ; ils ne manifestent pas d'intérêt pour un type précis de partenaire.

L'adolescence est chez ces handicapés une source de problèmes relationnels, surtout quand il s'y ajoute des dysmorphies. L'adolescence est souvent l'occasion d'une accentuation des dysmorphies qui ajoutée aux brusques changements d'humeur, à l'activité désordonnée liée aux pulsions, vont entraîner de la part des tiers une attitude de retrait qui les isolent et les font souffrir. Ceci est compensé par l'attitude surprotectrice habituelle des parents qui perçoivent

difficilement les souffrances et les conflits de leurs enfants. Ils comprennent mal ces périodes de brusque décompensation qui sont autant d'appel de détresse.

L'éducation spécialisée devrait être, dans cette période, relativement souple : ne pas trop empiéter sur l'intimité, le désir d'autonomie d'identification sexuelle, mais savoir aussi être présente pour aider dans les déchirements, dans les insuffisances limitantes mentales ou motrices, orienter le choix. En effet, l'absence d'expériences, de références morales, leur caractère malléable et impressionnable font que des adolescents ou préadolescents peuvent être entraînés dans des activités érotiques sans grande contrainte. L'éducation doit enfin palier la détresse des parents qui est double : la détresse physique où les parents vieillis ne peuvent venir à bout de leur enfant, et détresse morale où le terme de leur vie laissera derrière eux cet enfant fardeau et qui pourtant a été l'objet de toute leur sollicitude.

LA DÉFICIENCE MENTALE PROFONDE

Que signifie le passage de l'enfance à l'âge adulte pour des sujets dont l'autonomie motrice, intellectuelle et relationnelle est entravée depuis le début de la vie? L'entrée dans la société et dans le monde du travail ne se pose le plus souvent qu'en terme de changement d'institution ou de nouvelles modalités d'assistance : la séparation du milieu familial a déjà été réalisée depuis plusieurs années, ou au contraire elle s'avère soudainement nécessaire en raison d'une impossibilité physique et matérielle concrètement objectivée par des aspects somatiques ou comportementaux, dépassant le seuil de tolérance de l'environnement familial. En effet, c'est finalement l'état somatique et comportemental de l'enfant qui semblent avoir la plus grande influence sur la façon dont se déroule l'adolescence. S. Tomkiewicz, propose de distinguer diverses situations (S. Tomkiewicz, 1982) :

Les grabataires ou les polyhandicapés. — L'état somatique de ces enfants domine dans les difficultés qu'ils rencontrent et que rencontre leur entourage. Le passage à l'adolescence se manifeste avant tout par une prise de poids, par l'apparition de signes pubertaires, par l'aggravation de déformation, en particulier de la colonne vertébrale et des hanches. Mais même dans ce monde apparemment uniforme, les enfants présentent entre eux des nuances. On peut en fait distinguer trois sortes d'enfants :

– Ceux qui ne présentent aucun contact affectif apparent. Ils ne réagissent ni à la voix, ni au sourire. « Certains ne réclament jamais à manger et se laisseraient mourir de faim sans un gavage qui chez eux, ne constitue même pas un moment privilégié de la relation. La plupart d'entre eux, meurent à l'adolescence ou en tout cas avant 18 ans ».

– Ceux qui même sans langage, sans motricité, savent montrer leur faim, leur désir et même des sentiments plus nuancés. Leur relation reste cependant indifférenciée quelle que soit la personne qui s'occupe d'eux. À l'adolescence leurs parents ou les membres de l'équipe soignante qui les connaissent bien, acceptent sans trop de difficultés le placement ou le changement d'institution.

– Ceux qui, mêmes muets montrent leur existence par la qualité d'expression de leur regard, par la modulation du contact et surtout par le lien privilégié qu'ils nouent avec une ou plusieurs personnes s'occupant d'eux. À l'adolescence ce lien est souvent intensifié et la rupture parfois nécessaire est un drame.

Pour l'ensemble de ces enfants, l'adolescence reste prédominée par des modifications somatiques dont le retentissement psychique se situe essentiellement dans le renforcement ou la rupture d'un lien profondément affectif lorsqu'il existe. La puberté et par là même la sexualité, sont quant à elles quasiment « camouflées derrière le silence, la pitié ou la plaisanterie, manifestations d'une angoisse profonde de l'adulte vis-à-vis de ces enfants pubères ». Beaucoup reste à faire dans ce domaine pour aider les adolescents, mais surtout leur entourage familial ou éducatif, afin que la pulsion sexuelle puisse prendre un sens aussi réduit soit-il et ne pas être ravalé au rang d'une « bestialité » interdite.

Les déficients profonds. — Ce deuxième groupe comprend « les enfants qu'on appelait arriérés profonds, c'est-à-dire privés de langage, avec ou sans dysmorphies, avec ou sans troubles neurologiques surajoutés, avec une vie relationnelle modeste, mais sans troubles affectifs et sans trop d'angoisse visible ». Durant l'adolescence, à l'état somatique s'associe le poids des contre-attitudes des adultes à l'égard de ces sujets qui vont soit renforcer leurs attitudes stéréotypées, soit émettre quelques désirs plus ou moins maladroitement exprimés dans le registre de l'individualisation, sous la forme de « fugues » ou de colères, et dans le registre sexuel sous la forme de masturbations ou d'attouchements homo- ou hétérosexuels.

Les psychotiques déficitaires profonds. — Ce troisième groupe est constitué par les états psychotiques précoces, autisme infantile, psychose de la première enfance, dont l'évolution déficitaire reste malgré les diverses thérapies entreprises, ou les mesures éducatives proposées, une éventualité fréquente. L'adolescence est marquée par la « perte des allures infantiles », par la déception de l'entourage qui résulte de l'absence de progrès, par l'émergence de comportements auto-hétéroagressifs, par la puberté et la sexualité dont la réalisation est possible dans des manifestations lorsqu'elles surviennent, difficilement supportables par les adultes : masturbations incontrôlables, relations sexuelles où ils sont sadiquement exploités par des adolescents ou des adultes pervers ou psychotiques non déficitaires. Ces réalisations sexuelles s'étaient en effet sur une absence de différenciation sexuelle intrapsychique qui apparaît clairement dans les cas où une psycho-

thérapie peut être poursuivie assez longtemps au cours de l'adolescence et du début de l'âge adulte de ces patients.

L'adolescence des déficients mentaux profonds s'exprime donc plus par des modifications somato-psychiques dont le retentissement comportemental soulève des contre-attitudes différentes selon la gravité de l'état déficitaire, que par les éléments intrapsychiques du processus d'adolescence, tel que nous l'avons décrit dans son développement et dans ses avatars tout au long de cet ouvrage. L'adolescence de ces sujets n'est cependant pas identique pour tous, ni ressentie, ni vécue de la même manière par l'entourage familial ou soignant.

BIBLIOGRAPHIE

ALVIN P., MARCELLI D. : *Médecine de l'adolescent,* 2e édition. Masson, Paris, 2005.

KRENER-KNAPP P., HARRIS E.S. : Consultation-liaison in child psychiatry : a review of the past 10 years. Part I : clinical findings. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1998, 37, 1, 17-25.

OFFER D., OSTROV E., HOWARD K.I. : Body image, self perception and chronic illness in adolescence. *In* : Blum R.W., *Chronic illness and disabiliteis in childhood and adolescence.* Grune and Stratton, New-York, 1984, 59-73.

ALVIN P. : Suicidal adolescents : lessons to be learned from early intervention. *J. Paediatr Child Health,* 1993, 29 (suppl. 1) : 20-24.

COURTECUISSE V. : Les adolescents et la maladie chronique. Symptômes et besoins. *Journées parisiennes de pédiatrie.* Flammarion éd., Paris, 1985, 1 vol.

EISER C. : Psychological effects of chronic disease. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 1990, *31*, 85-98.

GARRISON W.T., MCQUISTON S. : *Chronic illness during chilhood and adolescence. Psychological aspects.* Sage Publications Inc., 1989, 1 vol.

GORTMACHER S., SAPPENFIELD W. : Chronic childhood disorders : Prevalence and impact. *Pediatr. Clin. North Am.*, 1984, *31*, 3-18.

GORTMAKER S.L., WALKER D.K., WEITZMAN M., SOBOL M. : Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics*, 1990, 85, 267-276.

KAMINER Y., ROBBINS D.R. : Attempted suicide by insulin overdose in insulin-dependent diabetic adolescents. *Pediatrics,* 1988, *81*, 4, 526-528.

LAVIGNE J.V., FAIER-ROUTMAN J. : Psychological adjustement to pédiatric physical disorders : a meta-analytic review. *J. Pediatr. Psychol.* 1992, *17*, 133-157.

LEWINSOHN P.M., SEELEY J.R., HIBBARD J. et coll. : Cross-sectional and prospective relationships between physical morbidity and depression in older adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, *35*, 9, 1120-1129.

LITT I.F., LUSKEY W.R. : Satisfaction with health care. *J. of Ado. Health Care*, 1984, *5*, 196-200.

MZAREK D.A. : Disturbed émotional development of severely asthmatic preschool children. *J. Child Psychol Psychiatry,* 1985, *26*, 81-94.

NEWACHECK P.W. : Prevalence and impact of chronic illness among adolescents. *Am. J. Dis. Child*, 1991, *145*, 1367-1373.

NOLAN T., PLESS I.B. : Emotional correlates and consequences of birth defects. *J. Pediatr.,* 1986, *109*, 201-216.

Numéro spécial : Le corps souffrant. *Adolescence*, 1985, *3*, 2, 177-420.

ROSEN D.S. : Pubertal growth and sexual maturation for adolescents with chronic illness or disability. *Pediatrician*, 1991, *18*, 105-120.

SABBETH B.F., LEVENTHAL J.M. : Marital adjustment to chronic childhood illness : a critique of the litterature. *Pediatrics*, 1986, *73*, 762-768.

SIAT B., MORALI A., VIDAILHET C. et coll. : Maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique de l'adolescent, corrélations psychapathologiques. À propos de l'étude de 14 cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance,* 1992, *40*, 8-9, 459-466.

TOMKIEWICZ S. : L'adolescence des déficients mentaux profonds. *Psychologie*, 1982, *147*, 35-41.

TUBIANA-RUFI N., ANDRONIKOF-SANGLADE A. : Diabète à l'adolescence. *EMC*, *Instantanés Médicaux*, 1992, *2*, 33-35.

WINNICOTT D.W. : *La consultation thérapeutique de l'enfant.* Gallimard éd., Paris, 1971, 1 vol.

ZIRINSKY L. : The psychological impact of illness in adolescence. *In : Medecine in adolescence*. Edward Arnold, London, 1993, 1 vol., 25-34.

19 L'ADOLESCENCE ET LA SOCIÉTÉ

HANDICAP ET ADOLESCENCE*

La scolarisation des handicapés est une idée qui s'est progressivement imposée à partir de la fin du xx[e] siècle. Les premiers textes datent de 1975, mais il faudra attendre trente ans et une deuxième loi (2005) pour qu'elle devienne un droit.

Les termes utilisés dans chacune de ces deux lois princeps témoignent de cette évolution. En 1975 on parle de la loi d'orientation *en faveur* des handicapés[1], le ton est paternaliste, l'idéologie explicitement caritative et les solutions ne reposent que sur la bonne volonté des intervenants et leur désir d'intégrer les handicapés. On parle à l'époque d'intégration des handicapés, ce qui signifie très clairement qu'ils ne peuvent pas bénéficier de la même scolarisation que les autres enfants. En 2005, les termes utilisés par le texte manifestent la reconnaissance publique des *droits* des personnes handicapées[2]. Celles-ci sont d'abord considérées comme des personnes avant d'être dési-

---

* Paragraphe rédigé par Nicole Catheline, praticien hospitalier, centre hospitalier Henri-Laborit, CHU de Poitiers.

1. « On retiendra pour principe que *la meilleure solution* est de laisser le jeune handicapé se développer *autant que possible* dans son milieu de vie habituel et de préserver au mieux la continuité des soins. Il conviendra donc *de s'efforcer* de le maintenir, grâce à toutes les actions de soutien appropriées, dans sa famille et, s'il est en âge d'y être admis, de le *placer* ou de le *maintenir* dans un établissement scolaire normal. C'est seulement en cas de nécessité que l'enfant*, au mieux de son intérêt et de celui de sa famille*, sera orienté vers un enseignement spécialisé, la révision périodique permettant d'ailleurs sa réintégration en milieu normal » (circulaire d'application 76-156 et n° 31 du 22 avril 1976 de la loi d'orientation en faveur des handicapés du 30 juin 1975).

2. « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté… À cette fin, l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées » (loi du 11 février 2005).

gnées par leur handicap. On parle de scolarisation des handicapés. Un autre changement notable doit être souligné : désormais la collectivité ne doit plus décider pour les personnes handicapées, elles doivent participer activement à leur choix de vie. Cette position a une implication directe au niveau des enfants et adolescents handicapés. Les enfants ne sont plus « placés » par les spécialistes (médecins, éducateurs, pédagogues), il appartient aux parents de choisir le mode de scolarisation.

LES FREINS À LA SCOLARISATION DES ADOLESCENTS HANDICAPÉS

La pratique de l'intégration depuis vingt-cinq ans[1] a fait prendre conscience aux professionnels comme aux familles de l'intérêt de la scolarisation des enfants handicapés dès le plus jeune âge. En revanche, la scolarisation des adolescents a été nettement moins expérimentée pour plusieurs raisons :

– l'évolution du handicap psychique ne permet pas toujours de conserver intacts les outils nécessaires à la scolarisation à l'adolescence qu'il s'agisse des efficiences intellectuelles ou du développement de la vie affective. De ce fait, de nombreux enfants sont orientés vers des établissements spécialisés dès la fin de l'enfance. Il a fallu attendre que certains élèves bien pris en charge au sein de l'école développent de bonnes capacités leur permettant de suivre un enseignement secondaire pour qu'on crée l'équivalent des classes de primaire pour enfants handicapés (CLIS)[2] au collège. Les classes spécialisées dans le secondaire (unités pédagogiques intégrées : UPI) ne se sont mises en place que tardivement[3], ce qui explique leur nombre insuffisant actuellement ;

– concernant le handicap physique, la plupart des établissements scolaires ne sont pas adaptés en termes de mobilier ou d'architecture (absence d'ascenseur ou de plan incliné) ;

– enfin, s'il est relativement facile de faire un projet avec un maître dans le primaire, la multiplicité des enseignants au collège rend la tâche nettement plus complexe ;

– il faut également ajouter que l'adolescence est une période d'explosion du développement physique et psychique. Tout retard à cette période de la vie est particulièrement repérable, en particulier par les collégiens eux-mêmes. L'écart se creuse entre les handicapés et les autres, ce qui diminue notablement l'intérêt de la mise en milieu ordinaire.

---

1. Les premières circulaires sur l'intégration organisant l'intégration des enfants et adolescents handicapés ne datent que de janvier 1982 et 1983.
2. Classe d'intégration scolaire.
3. Bien que la circulaire les promouvant date du 17 mai 1995, elles ne se sont réellement développées qu'au début des années 2000.

La scolarité des adolescents handicapés en 2007. — Depuis la loi de 2005 (n° 2005-102), tout enfant ou adolescent soumis à l'obligation scolaire (jusqu'à 16 ans) doit être inscrit dans son établissement de référence (collège de secteur[1]). Il appartient ensuite aux professionnels et aux familles de déterminer les conditions de la scolarisation.

Celles-ci ne se définissent plus désormais au sein de commissions d'orientation mais à la Maison des personnes handicapées (MDPH). Les parents peuvent décider ou non de faire un dossier pour modifier le lieu et les conditions de scolarisation. S'ils ne le décident pas, leur enfant restera scolarisé dans le collège de secteur. Un enseignant référent dépendant de l'Éducation nationale fait le lien entre l'école, la famille et la MDPH. Il joue un rôle à la fois de médiateur dans les éventuels désaccords d'orientation entre professionnels et familles mais aussi de personne-ressource pour recueillir les différents éléments du dossier et trouver des solutions adaptées aux besoins de l'enfant, aux souhaits des familles et aux ressources locales en termes de scolarisation adaptée ou d'adaptation à la scolarité (par exemple attribution d'un auxiliaire de vie scolaire).

LA MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

La MDPH a remplacé les anciennes commissions d'orientation des enfants et des adultes instituées par la loi de 1975 : la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) et la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Ces anciennes commissions étaient présidées conjointement par le ministère de la Santé et de l'Éducation nationale pour la CDES et par le ministère de la Santé et celui du Travail pour la COTOREP. La MDPH est, elle, sous la présidence du Conseil général, c'est-à-dire du département. Les MDPH sont installées dans tous les départements du territoire français depuis janvier 2006 (circulaire d'application du 19 décembre 2005). Leur statut juridique est celui d'un groupement d'intérêt public (GIP) associant l'État (représenté par la DDASS, la Direction du travail et l'Inspection d'académie), le Conseil général, la Caisse primaire d'assurance maladie et la Caisse d'allocations familiales. Elles sont dotées d'une commission exécutive dont le nombre de membres varie d'un département à l'autre et répond à une partition entre le Conseil général, les associations de parents et d'enfants handicapés désignées et les partenaires du GIP. La moitié des membres appartiennent au

1. La suppression de la carte scolaire poserait un problème de rattachement.

Conseil général dont le président[1], un quart des membres appartient aux associations de familles et le quart restant est constitué par les partenaires du GIP (DDASS, IA, CPAM, CAF, Direction du travail).

Ses missions ont largement repris celles des précédentes commissions mais le traitement du handicap est très différent. Tout d'abord la MDPH constitue un *guichet unique* tant pour les enfants que les adolescents, les adultes et les personnes âgées. En ce sens, elle apporte une plus grande lisibilité et évite les pertes d'informations. Ensuite, la reconnaissance du handicap dépend désormais de la volonté parentale pour les enfants et adolescents ou de la volonté du handicapé adulte lui-même. Les médecins ne peuvent plus faire la démarche pour leur patient. La famille ou le patient lui-même doivent aller retirer un dossier à la MDPH et le faire remplir par les professionnels. Enfin, l'ouverture des droits et l'attribution des indemnités ne dépend plus seulement de la définition d'un taux de handicap, mais avant tout du projet de vie du handicapé. Ainsi on n'attribue plus une allocation éducation spéciale (AES) mais une allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH) dont les barèmes sont fonction des choix de vie des parents. Il existe désormais 6 « compléments » susceptibles de répondre aux différentes situations. Le sixième « complément » correspond à un véritable salaire (environ le SMIG), lorsqu'un parent arrête son activité pour s'occuper à son domicile de son enfant handicapé qui nécessite une surveillance et des soins constants.

LES MODALITÉS DE LA SCOLARISATION

On distingue deux types de scolarisation :

– une scolarisation collective au sein de classes spécialisées : les unités pédagogiques intégrées (UPI). Il s'agit de classes à petit effectif (environ douze enfants) intégrées à des établissements scolaires ordinaires. Cette formule permettant d'offrir aux adolescents des temps pédagogiques spécifiques tout en bénéficiant du contact avec les autres jeunes de leur âge durant les temps de récréation ou de cantine. Ces classes sont dirigées par un enseignant titulaire du 2CA-SH (certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap)[2]. Celui-ci travaille en collaboration avec un service de soins dépendant d'un établissement médical (équipe de pédopsychiatrie de secteur) ou médico-social (IME) ;

---

1. Le directeur de la MDPH fait partie du Conseil général et le vice-président est un autre membre du GIP : CAF, CPAM, DDASS.
2. La formation des enseignants spécialisés a été rénovée en janvier 2004. Le CAPA-SH a remplacé le CAPSAIS et le 2CA-SH a été créé pour les enseignants du secondaire qui n'en disposaient d'aucune jusqu'alors.

– une scolarisation avec un projet personnalisé de scolarisation (PPS). « Ce projet définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives et sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. » Il est mis en place par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (voir ci-dessus) et constitue un élément du projet de vie souhaité par l'adolescent et ses parents. Ce PPS est suivi sur le terrain par l'équipe de suivi de la scolarisation. Cette équipe est constituée par les parents de l'adolescent, ce dernier et un référent qui est un enseignant spécialisé titulaire du 2 CA-SH pour le secondaire. L'attribution d'un *auxiliaire de vie scolaire* est fréquemment demandée pour accompagner la scolarisation personnalisée de l'adolescent handicapé.

LES AUXILIAIRES DE VIE SCOLAIRES

Le terme d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) apparu en 2002 s'est peu à peu imposé pour caractériser les fonctions de personnels recrutés sur des contrats divers (contrats d'aide éducateurs, contrats emploi-jeunes gérés par des associations ou des collectivités locales, contrat emploi-solidarité) pour aider à l'intégration des jeunes handicapés. En 2003, devant la très forte demande des parents d'enfants handicapés qui avaient pu apprécier les résultats de l'intervention de ce personnel, l'éducation nationale a créé le corps des assistants d'Éducation (loi n° 2003-400 du 30 avril 2003) totalement financé par elle. Les AVS ont alors été intégrés dans cette catégorie de personnel dans le but d'unifier les dispositifs départementaux car jusqu'alors le personnel intervenant auprès des enfants ou adolescents pouvait appartenir à des structures très diverses. Ces *assistants d'éducation-AVS* sont désormais recrutés par l'inspecteur d'Académie avec un niveau de diplôme au moins équivalent au baccalauréat. Ils reçoivent une formation de 60 heures avant de prendre leurs fonctions et sont recrutés sur des CDD (durée maximale trois ans, renouvelable une fois). Leur nombre (environ 6 000) n'est pas suffisant pour répondre à toutes les demandes[1]. En 2005, ils assuraient l'aide à la scolarisation de 13 500 élèves. Leur rôle consiste à aider et à accompagner les élèves handicapés pour les actions qu'ils ne peuvent effectuer seuls sur les lieux d'activités scolaires et pendant celles-ci. Ils contribuent à favoriser leur socialisation et leur autonomie et veillent à ce qu'ils bénéficient de conditions optimales de confort et de sécurité pour étudier. Leur intervention se prolonge au-delà du temps scolaire durant les interclasses, les repas, les déplacements et les activités éducatives organisées dans le cadre scolaire. La mise en place d'un auxiliaire de vie scolaire constitue un progrès indéniable. Cependant,

1. Il n'est cependant pas aisé d'obtenir des chiffres précis en raison du regroupement sous une même appellation assistants d'éducation. Les chiffres varient de 25 000 à 48 000.

il est important de ne pas entraver l'épanouissement des capacités du jeune. Il faut même les susciter et non y suppléer par facilité ou par pitié. Autrement dit, il faut veiller à ce que l'adolescent fasse tout ce qu'il peut faire même si cela lui demande un certain effort plutôt que de le faire à sa place. Ceci suppose un travail en partenariat, en particulier avec les parents, afin que tous les adultes adoptent la même attitude.

QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

À la rentrée 2005-2006, il y avait 37 442 élèves en secondaire (en établissements publics et privés) dont 31 454 bénéficiant de mesures d'intégration individuelle et 5 988 bénéficiant des structures collectives (UPI). On a observé une augmentation sur deux ans de plus de 70 % pour les adolescents. Il existe environ 480 UPI en France, soit huit fois moins que de CLIS (classe d'intégration scolaire en primaire)[1].

La scolarisation collective est plus fréquente dans le premier degré ; en revanche, la scolarisation avec projet personnalisé de scolarisation est plus fréquente dans le second degré. Quatre-vingt treize pour cent des enfants accueillis en CLIS ou en UPI ont un handicap mental, seuls 7 % ont un handicap sensoriel ou moteur. Mais moins de 20 % des handicapés au collège sont des handicapés mentaux et ils ne sont plus que 8 % au lycée.

Dans l'enseignement supérieur, le nombre d'étudiants handicapés (ou malades) accueillis stagne depuis 2000 : 7 557 étudiants à la rentrée 2005. La majorité sont à l'université (6 281) et on note une forte déperdition entre le premier et le troisième cycle (60 % contre 9 %). Mille trois cents étudiants fréquentent les sections de techniciens supérieurs, les classes préparatoires aux grandes écoles, les écoles d'ingénieurs ou les IUFM. Les handicaps moteurs (20 %) et les handicaps sensoriels (16 %) sont les plus fréquents. Les troubles à dominante psychologique ne représentent que 15 %. En revanche, les troubles de la santé invalidants (c'est-à-dire occasionnant un arrêt des études de plus de six mois) représentent 20 %. La tendance montre un mouvement maintenant irréversible : les jeunes handicapés ou en situation de handicap poursuivent des études.

Quelles remarques appellent les changements introduits par la loi de 2005? — L'obligation de scolarisation des enfants handicapés ne doit pas faire oublier tout ce qui a pu jusqu'alors être fait et dit sur l'intégration. Vingt années de pratique de l'intégration ont d'ores et déjà permis de réfléchir aux avantages et aux écueils de la scolarisation des handicapés. La

1. Au début des années 2000, il était question de créer 1 000 UPI à l'horizon 2008, actuellement le chiffre est revenu à la baisse : 400 seulement sont attendues.

pratique de l'intégration a permis en particulier de changer le regard des personnes valides sur le handicap, même s'il faut différencier la tolérance au handicap physique, moteur ou sensoriel de l'acceptation du handicap mental (autisme ou troubles envahissant du développement).

Alors quels changements introduit la loi de 2005? En donnant un nouveau cadre légal à la pratique de l'intégration, ce texte oblige tous les acteurs à se sentir concernés par la scolarisation des handicapés. L'école se voit contrainte d'accueillir les élèves là où par le passé, elle pouvait arguer du contexte et de la non-existence de certaines conditions indispensables pour refuser d'intégrer un enfant ou un adolescent handicapé.

Pour de nombreux enseignants, en particulier ceux qui ont déjà l'expérience de l'intégration d'enfants et d'adolescents handicapés, l'obligation d'un établissement scolaire de référence constitue une décision à portée symbolique forte mais pas d'une remise en cause de la palette de modalités diversifiées de scolarisation et de prise en charges, heureusement héritée de notre longue histoire en ce domaine (Calin, 2006). Pour ces professionnels, la nomination obligatoire d'un établissement de référence en permettant une institutionnalisation de ces pratiques devrait les faciliter, les apaiser et les répartir plus équitablement. Cela devrait également permettre une circulation souple des enfants et adolescents handicapés entre ces différentes modalités de prise en charge. *A contrario*, ce point de vue généreux n'est pas partagé par les enseignants peu habitués à l'intégration des enfants et adolescents handicapés. Ceux-ci vont se trouver directement interpellés là où auparavant l'intégration se faisait de gré à gré, uniquement lorsque les équipes étaient désireuses de s'engager dans le projet d'intégration. Pour les associations de parents d'élèves et plus simplement pour les professionnels de l'enfance, ce texte devrait faciliter la scolarisation et l'intégration. Quoi qu'il en soit, sur le terrain, l'inscription de tout enfant handicapé dans une école de référence n'exclut pas la réflexion sur les moyens à mettre en œuvre et la finalité de cette scolarisation. Intégrer n'est pas normaliser et le projet personnalisé de scolarité (PPS) est bien nommé. Il s'agit en effet d'adapter les conditions de la scolarité dans un milieu ordinaire mais sans prétendre à ce que l'enfant soit soumis au régime commun.

Il faut cependant espérer que la pratique de la scolarisation des adolescents handicapés au collège apportera dans les années à venir la même richesse de réflexion qu'en son temps l'intégration des enfants handicapés.

HANDICAP ET/OU MALADIE : UNE NÉCESSAIRE RÉFLEXION SUR LE CONCEPT DE HANDICAP

En instituant les MDPH en remplacement des anciennes CDES et COTOREP, la loi de 2005 a introduit deux changements majeurs :

– une redéfinition des relations entre handicap et maladie ;

– une ambigüité au niveau de la conception du handicap.

L'utilisation du terme « handicap » dans le texte de 2005 renvoie plus à la notion anglo-saxone du handicap qu'à la définition latine. En effet, l'acception de ce terme en France recouvre une séquelle déficitaire *fixée*, tandis que la conception anglo-saxonne renvoie à une incapacité *temporaire* d'adaptation résultant de la maladie. Ainsi pour les anglo-saxons une personne peut être handicapée quelques mois et recouvrer son intégrité ensuite, tandis qu'en France le statut d'handicapé signifie l'incapacité définitive, ce qui génère le plus souvent une exclusion de la société. C'est contre cette discrimination que veut lutter cette loi. On pourrait dire que dans les pays anglo-saxons le handicap n'est pas séparé de la maladie, il peut être un « effet secondaire » de la maladie. En même temps la perte même transitoire que constitue ce handicap doit être reconnue et prise en compte. La culture latine, et française en particulier, différencie la maladie du handicap. Dans l'acception française parler de maladie permet d'envisager grâce aux soins la guérison ou à défaut une amélioration substantielle, tandis que le handicapé ne peut espérer d'amélioration. C'est la raison pour laquelle les professionnels de l'enfance et de l'adolescence sont réticents à parler de handicap dès le plus jeune âge. Une telle acception méconnait la dimension développementale de l'enfant et de l'adolescent ainsi que la dimension évolutive de certaines pathologies. À cet égard, et sans trop entrer dans la polémique, la position des associations de parents autistes est paradigmatique. Un enfant est-il autiste ou atteint d'autisme? Dans la première acception, on peut légitimement penser qu'il sera autiste toute sa vie, dans la deuxième formulation on peut imaginer que la pathologie autistique se modifie sous les effets non seulement des soins mais aussi du développement de l'enfant puis de l'adolescent, autorisant la constitution de la personnalité. Si l'on considère en effet que l'enfant restera handicapé, il appartient à la collectivité, donc aux Conseils généraux du département, de gérer les contraintes imposées par le handicap. Si en revanche on envisage la difficulté sous l'angle de la maladie, alors le personnel de santé et au premier chef les médecins doivent être représentés dans l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'étude du dossier. On constate dans le fonctionnement actuel de la MDPH que siège de droit dans cette équipe un seul médecin sans compétence particulière dans le domaine de la santé mentale ni d'un autre handicap moteur ou sensoriel. Dans les précédentes commissions de CDES et COTOREP, les pédopsychiatres et psychiatres de secteur étaient membres de droit et siégeaient régulièrement. La loi de 2005 marque un tournant important. La bascule du côté du handicap est donc clairement établie dès lors que la MDPH dépend des Conseils généraux. Dans ce nouveau texte, la meilleure prise en compte apparente des besoins des personnes handicapées passe inéluctablement par une considération quasi inexistante des effets du développement. Comment

dès lors espérer travailler avec les parents sur l’espoir donné par la croissance si tout est joué dès l’annonce du diagnostic?

Sous des apparences de simplification (guichet unique de l’enfance au grand âge) se dessine des contradictions (handicap *versus* maladie), le tout sur fond de confusion quant à ce que recouvre la notion de handicap (anglo-saxone ou latine).

Ce texte marque pour l’heure une authentique avancée pour les adultes handicapés tout à fait nécessaire dans la reconnaissance de leurs droits à l’autonomie, comme en témoigne l’attribution de la prestation de compensation du handicap. L’idée d’un guichet unique avec une équipe pluridisciplinaire qui aide la personne handicapée à établir son projet de vie, y compris en se déplaçant à son domicile pour étudier ses besoins et réfléchir aux aménagements nécessaires, ne peut raisonnablement pas être remise en cause tant ces dispositions relèvent du bon sens et de la nécessité. Mais concernant les enfants et les adolescents, les mentalités sont encore insuffisamment préparées à cette conception anglo-saxones du handicap et il est encore très douloureux pour certains parents de devoir aller retirer un dossier pour leur enfant ou adolescent à la maison des personnes handicapées.

Le «handicap mental»: les enjeux de l’intégration. — Les données épidémiologiques sont sans appel, le nombre d’adolescents puis de jeunes adultes porteur de maladie mentale ou de handicap psychique décroit inexorablement de l’école maternelle à l’université. Les raisons sont aisément compréhensibles. Les premières tiennent au génie évolutif des atteintes psychiques. Le retard pris dans le développement des capacités cognitives creuse un fossé de plus en plus difficile à combler au fil des ans. L’organisation scolaire actuelle laisse peu de place à cette hétérogénéité de croissance. De plus, certaines affections se soldent par l’installation d’un réel déficit empêchant la poursuite d’un cursus ordinaire. La deuxième moins avouable concerne la peur de la maladie mentale en particulier à l’adolescence. Les caractéristiques habituelles de l’adolescence prennent chez ces adolescents handicapés mentaux une ampleur particulière. La relative incapacité de décodage des attitudes ou émotions de l’autre jointe à la pulsionnalité adolescente provoquent des passages à l’acte, en particulier dans le domaine corporel et surtout sexuel, qui inquiètent les adultes et la majorité des pairs. L’adolescence et le début de l’âge adulte sont des périodes de la vie qui voient éclore un certain nombre de pathologies mentales (schizophrénie, troubles bipolaires) incompatibles, au moins dans la phase aiguë, avec une scolarisation ordinaire, ce qui compromet à long terme la poursuite d’études supérieures du fait du décrochage scolaire. Il n’existe que peu d’institutions susceptibles d’accueillir ces jeunes afin de les soigner et de les scolariser. La fondation Santé des étudiants de France ne dispose que de cinq lieux de ce type pour l’ensemble de la France. La situation du jeune développant une pathologie mentale en cours d’adolescence (schizophrénie, troubles bipo-

laires) illustre parfaitement les écueils soulignés précédemment dans l'application de la loi de 2005. Comment un adolescent présentant une maladie psychiatrique peut-il accepter de se définir comme handicapé, même si incontestablement ces diverses maladies occasionnent un « handicap » pour l'insertion scolaire et sociale? Au moment où il cherche à s'autonomiser, à développer une pensée propre, la maladie l'oblige à marquer le pas dans ses projets. Pour autant est-il réaliste d'obérer son avenir en le désignant comme handicapé? Si tout aménagement de la scolarité passe par la constitution d'un dossier à la MDPH, il y a fort à parier que nombre de familles ou plus simplement d'adolescents et de jeunes adultes refuseront de faire ces démarches. Ils risquent de se trouver de ce fait marginalisés alors que la loi visait précisément à reconnaître les droits des personnes avant même la considération de leur handicap.

L'ADOLESCENT MIGRANT

Parler de l'adolescent de familles migrantes impliquerait comme préalable d'aborder les divers points de vue permettant de comprendre la situation de migrant dans son ensemble : point de vue culturel, social, économique… Il n'est pas dans notre intention de reprendre ces diverses données à travers ce bref paragraphe. Il est évident aussi que l'adolescence de l'individu migrant vient après une longue expérience pendant l'enfance au cours de laquelle la condition de migrant aura déjà déterminé des engagements particuliers : ainsi l'échec scolaire de l'adolescent migrant succède le plus souvent à celui de l'enfant, ne faisant que renforcer la spirale de l'échec (*cf.* chap. La scolarité à l'adolescence, p. 482). Aussi à la période de l'adolescence les situations sont-elles multiples, complexes et variables. Les différences sont grandes entre l'adolescent ayant quitté son pays d'origine vers 11 ou 12 ans, voire plus, pour s'installer en France avec sa famille, et l'adolescent issu d'une famille migrante, mais qui vit dans le pays d'immigration depuis son plus jeune âge, voire même qui y est né. Dans le premier cas, l'adolescent sera confronté comme ses parents aux difficultés linguistiques et à la perte externe des repères socioculturels de son enfance, mais en conservant l'identité culturelle interne de sa petite enfance; tandis que dans le second cas, si l'apprentissage de la langue ne pose généralement pas de problème majeur, l'adolescent est en revanche confronté à l'absence interne d'une identité culturelle stable et à tous les conflits issus du biculturalisme.

Plus généralement l'adolescence, période vulnérable, représente un moment particulièrement difficile pour l'individu migrant car les facteurs de risque inhérents à la situation de migrant, à un statut socio-économique souvent médiocre et à l'adolescence en tant que telle, ont des effets cumulatifs.

Nous ne reviendrons pas sur les conditions conduisant à la migration, ni sur le vécu particulier des adultes (sentiments de dévalorisation, vécu paranoïde, vécu

dépressif), ni sur les difficultés propres à l'enfant de migrant (*cf.* chap. L'enfant migrant, *In : Enfance et psychopathologie.* Le lecteur trouvera également dans ce chapitre les généralités statistiques). Simplement nous soulignerons à la suite de nombreux auteurs, l'importance sur le plan phénoménologique des problèmes d'espace, de temps, et d'identité (J.A. Serrano, 1980) :

– l'espace vécu du migrant est un espace amputé, marqué par une expérience de perte, de rétrécissement du champ potentiel avec un double mécanisme d'idéalisation de l'espace perdu (le village natal, la maison que l'on va y construire) et de projection persécutive sur l'espace présent (vécu d'hostilité voire de racisme, projection des difficultés sur les conditions socioculturelles nouvelles) ;

– le temps vécu est dominé par l'état de suspension du temps présent, temps hors du temps, entre parenthèses, placé entre le temps du passé marqué par la nostalgie, les regrets, parfois même la culpabilité (pour avoir délaissé une partie de la famille par exemple) et d'un autre côté le temps du futur marqué par l'idéalisation du retour. Ce temps suspendu provoque pour J.A. Serrano « une certaine paralysie de la construction individuelle et sociale du sujet » ;

– l'identité enfin où se trouvent impliquées les racines familiales et culturelles, mais aussi la reconnaissance de soi à travers sa propre image sociale et celle que nous renvoient les autres. Cette dialectique risque de s'organiser autour du manque, vécu aussi bien par l'individu migrant lui-même, qu'à travers le manque supposé que de nombreux autochtones lui renvoient.

Vécu de perte, processus d'idéalisation, projection paranoïde, incertitude identificatoire, aléas dans « la construction individuelle et sociale », toutes ces difficultés entrent en résonance avec la problématique même de l'adolescence et risque d'en bloquer ou d'en dévier le déroulement.

FRÉQUENCE ET SPÉCIFICITÉ DES TROUBLES

La fréquence des difficultés psychopathologiques de l'adolescent migrant est diversement appréciée, mais il est important de comparer des populations de niveau socio-économique identique. Avec ce préalable, la fréquence des manifestations psychopathologiques serait identique dans la population d'autochtones et chez les migrants de même niveau économique. Toutefois, si on inclut dans les manifestations déviantes les difficultés d'adaptation sociale, beaucoup d'auteurs notent alors un pourcentage élevé d'adolescents migrants en situation d'échec scolaire ou de marginalisation sociale, pourcentage qui traduit les aléas de l'intégration socioculturelle. Il convient de préciser que toutes les études statistiques montrent clairement que les chiffres ont tendance à se rapprocher progressivement de ceux de la population autochtone à mesure que l'ancienneté de la migration s'accroît.

Le problème de la spécificité des troubles doit également être abordé et peut se poser de deux manières : 1) existe-t-il une pathologie psychique particulière à l'adolescent migrant? 2) existe-t-il une pathologie spécifique en fonction d'un groupe particulier de migrant? Peu de travaux ont abordé ces points uniquement chez l'adolescent. Pour H. Beauchesne et J. Esposito, chez l'enfant et l'adolescent l'échec scolaire et les troubles du comportement ont souvent la même fréquence dans une population autochtone de niveau socio-économique identique. En revanche, ils relèvent le plus grand pourcentage, d'une part des plaintes centrées sur le corps (à l'image de la pathologie également observée chez l'adulte migrant) et d'autre part des cas considérés comme inclassables (1,7 % des cas chez les autochtones, 11,2 % chez les transplantés), ce qui témoigne en partie soit de l'inadéquation des catégories nosographiques utilisées, soit du malaise et du flottement de l'investigateur face à un patient migrant.

D'une population de migrants à l'autre, certains auteurs ont relevé des particularités. Il est évident qu'il existe d'énormes différences entre ces diverses populations. Ainsi en France, plus de la moitié des adolescents migrants sont originaires de pays de culture islamique, d'autres étant originaires de pays de culture latine, enfin plus récemment une partie est originaire de culture d'Extrême-Orient. Nous n'analyserons pas en détail ces variables, certains attribuant tel ou tel type de difficulté à tel trait culturel. Simplement nous citerons à titre d'exemple la fréquence des plaintes hypocondriaques dans la population maghrébine (M. Bénadiba, 1979; A. Charles-Nicolas, 1981), l'importance des troubles de la personnalité chez les garçons et des troubles dépressifs chez les filles dans les populations d'origine juive d'Afrique du Nord, la fréquence des dépressions et des problèmes de pseudo-débilité chez les adolescentes antillaises (H. Beauchesne et J. Esposito, 1981).

ÉTUDE CLINIQUE

Dans cette étude clinique, nous distinguerons par soucis didactiques deux ordres de troubles : 1) les troubles liés aux difficultés provoquées par les relations entre deux cultures : apprentissage de la langue, échec scolaire, trouble du comportement; 2) les troubles liés aux difficultés internes : hypocondrie, dépression, recherche d'identité.

Les troubles liés aux difficultés externes ou aux problèmes d'adaptation. — Il s'agit des troubles les plus manifestes, ceux où la pression de l'environnement est la plus forte et pour lesquels la réponse thérapeutique est avant tout collective, sociale.

Nous ne ferons qu'évoquer les difficultés rencontrées par le préadolescent ou l'adolescent arrivant dans le pays d'immigration sans en connaître la langue. Si les difficultés peuvent être importantes dans l'immédiat, elles sont souvent surmontées aisément. La création de « classe de mise à niveau linguistique » permet à ces jeunes pendant un an d'apprendre le français avant d'être plongés dans le cycle scolaire ordinaire. Malheureusement ces classes restent encore trop rares.

L'échec scolaire constitue probablement la difficulté majeure sur laquelle se penchent éducateurs, enseignants, sociologues, etc. Tous les chiffres concordent pour dénoncer l'importance de l'échec scolaire chez l'adolescent migrant. Alors qu'on rencontre 10,3 % d'enfants migrants dans le cycle primaire d'enseignement, il n'y en a plus que 6,6 % dans l'enseignement secondaire, et même 2,7 % seulement dans les lycées (second cycle de l'enseignement secondaire). Mais en revanche, on en retrouve 14,1 % dans l'enseignement spécial (SES, CPPN, etc.) (chiffres de l'année 1980-1981, *Le Monde*, 2 juillet 1982). On peut considérer que 50 % des enfants de migrants sont placés dans des classes à programme allégé dès l'entrée en 6e, alors que pour les autochtones, cette proportion est de 10 %. À la fin du premier cycle de l'enseignement secondaire (fin de la 3e), seul 25 % des adolescents originaires de familles migrantes suivent un cycle long tandis que 45 % des autochtones s'y engagent. L'analyse de cet échec est complexe car tous les facteurs d'échec s'associent et se renforcent : difficultés linguistiques, médiocre niveau socio-économique, système pédagogique souvent inadapté, renforcement de l'échec par le processus de la ségrégation, etc. L'aboutissement en est fréquemment une interruption prématurée de la scolarité suivie par des difficultés à entrer dans le monde du travail (*cf.* p. 560 : Sortir de l'adolescence).

Les troubles du comportement et *la délinquance* constituent le second volet des problèmes d'adaptation. Il existerait une surcriminalité des mineurs étrangers (selon A. de Carvalho-Lahalle, les mineurs étrangers représenteraient 35,5 % des mineurs commettant des délits) avec surtout une surreprésentation pour la criminalité violente (20 % de vol avec violence pour les Portugais, les Nord-Africains, contre 9,2 % pour les Français). En revanche, on note moins de vols d'automobile (voir l'étude clinique de ces conduites au chapitre : « le problème de l'agir et du passage à l'acte » p. 86). Des explications ont été avancées, en particulier par les sociologues à la suite des travaux de Durkeim. Cet auteur a en effet proposé le concept d'« anomie » qui fait intervenir la notion d'acculturation brusque et de changement soudain des valeurs sociales : dans ces situations l'individu devient moins capable d'établir une hiérarchie de priorité parmi les différents rôles qu'il doit jouer ; les critères pour se conformer aux obligations de tel ou tel rôle social deviennent plus flous et incertains ; le non-respect de ces obligations et lois sociales ne présente pas la même valeur de transgression puisque la norme n'est pas définie avec la même rigueur que pour l'individu

autochtone. D'autres hypothèses ont été avancées telles que le « conflit de culture » ou encore le profil particulier des individus migrants qui même dans leur culture d'origine sont des individus plus novateurs, moins respectueux des traditions, que ceux qui restent au pays. Quelles que soient ces explications, les conduites délinquantes des adolescents migrants risquent de servir à alimenter une réaction de rejet et de racisme de la part de la population locale et d'amplifier l'échec de l'insertion sociale.

Les troubles liés aux difficultés internes. — Les problèmes de l'identité individuelle et culturelle sont au centre des difficultés rencontrées par l'adolescent migrant : en particulier celui qui vit depuis sa plus jeune enfance dans un pays d'immigration. Le biculturalisme était souvent passé inaperçu, masqué par les problèmes d'adaptation scolaire, mais la quête de l'identité propre à chaque adolescent ramène au premier plan la confrontation de ces deux cultures : l'éloignement fréquent du pays d'origine, le fractionnement habituel du mode de vie, traditionnel dans le cercle familial, imprégné de la culture française au travail, à l'école, avec la bande de copains, renforcent les processus de clivage et d'idéalisation si fréquents à cet âge. Tous les intermédiaires existent entre la dévalorisation totale de la culture d'origine avec une idéalisation de la culture d'accueil et inversement, l'idéalisation de la culture d'origine et rejet de la culture d'accueil. Ces mouvements sont d'ailleurs variables dans une même famille d'un adolescent à l'autre de la fratrie, ou encore se succèdent à travers les générations : on a souvent noté les difficultés externes d'adaptation de la première génération de migrants, la surintégration de la seconde génération qui adopte les nouveaux modèles culturels au prix d'un abandon de ses propres modèles, la recherche nostalgique et souvent idéalisée des valeurs culturelles originelles par la troisième génération (P.L. Giovacchini, 1980). On observe ainsi tantôt des rejets, tantôt des recherches d'identification massive soit à la culture d'origine, soit à la culture d'accueil. Cette recherche est illustrée de façon caricaturale par le changement de prénom de certains adolescents qui transforment « Ali » en « Alain » ou « Kamel » en « Camille »… Fréquemment l'identité culturelle peut être totalement clivée avec l'adhésion aux nouveaux modèles dans certains secteurs et la conservation rigide du modèle traditionnel dans d'autres. Ceci s'observe en particulier chez les aînés des fratries qui dans le même temps revendiquent un mode de vie analogue à celui des autochtones, et contestent les modèles parentaux tout en maintenant auprès des cadets (surtout lorsqu'il s'agit de fille) le rôle culturel traditionnel dévolu à l'aîné de la fratrie. En outre, le choix du petit ami (ou de la petite amie) ou du partenaire sexuel confronte les adolescents à une difficulté supplémentaire : la nationalité du partenaire choisi illustre souvent la place respective des deux cultures, représentant soit le moyen de s'intégrer dans la culture d'accueil soit le moyen de conserver ses racines culturelles. Ce choix peut susciter des conflits aigus avec les parents ou avec un membre de la fratrie. Au plan symptomatique ces incerti-

tudes identificatoires, ces pertes dans les valeurs culturelles originelles se traduisent de diverses manières. Nous citerons brièvement :

— *Les manifestations hypocondriaques :* elles sont assez fréquentes plus caractéristiques, selon certains auteurs, des cultures d'Afrique du Nord ou d'Afrique Noire. Liées aux difficultés à s'exprimer de façon adéquate dans la culture d'origine, elles traduisent soit le repli défensif sur ce qui reste l'ultime possession de l'individu migrant, son corps, soit un moyen culturel privilégié d'expression des conflits. Des différences morphologiques (aspect crépu des cheveux) ou de couleur de peau peuvent accentuer les préoccupations sur le corps si fréquentes à l'adolescence. Là encore peuvent se trouver focaliser sur telle ou telle partie du corps les divers conflits inhérents aux rapports entre deux cultures (*cf.* chap. 6, L'hypocondrie et Les dysmorphophobies). Au maximum on observe des épisodes hypocondriaques aigus.

— *Les états dépressifs* peuvent s'observer, directement liés aux sentiments de perte d'identité culturelle, au vide ou au vécu de dévalorisation et d'infériorité (dépression d'infériorité). Ces états dépressifs n'ont pas de particularité sémiologique. Signalons qu'on retrouve fréquemment sous-jacente aux conduites délinquantes ou déviantes (fugues) une problématique dépressive, mais ceci n'est pas particulier à l'adolescent migrant. Enfin le pourcentage d'adolescents migrants est assez élevé parmi les adolescents suicidants (*cf.* chap. 5).

Pour rendre compte de ce vécu dépressif, H. Beauchesne et J. Esposito évoquent la triple perte à laquelle la migration confronte l'adolescent : perte de l'espace géographique traditionnel, perte relative ou du moins changement dans l'espace corporel, enfin perte de l'espace sémiotique, c'est-à-dire de la langue dite maternelle. En effet, il n'est pas rare de rencontrer des adolescents de parents étrangers, en particulier Nord-Africains, adolescents nés en France et ignorant leur langue maternelle, doublement étranger à la fois au pays d'immigration, mais aussi à leur propre pays d'origine. Outre ces multiples vécus de perte, P.L. Giovacchini note aussi que, même lorsque l'adolescent veut s'intégrer à la culture d'accueil, il peut éprouver des sentiments de culpabilité face à son désir d'abandonner les traditions familiales, ce qui peut être ressenti comme un abandon des parents alors que ceux-ci ont dû entreprendre un voyage difficile, vivre dans des conditions matérielles souvent précaires, et travailler durement pour donner le nécessaire à leurs enfants, tout en cherchant à maintenir leurs traditions culturelles d'origine.

— *Les bouffées délirantes aiguës,* si elles ne semblent pas plus fréquentes chez les adolescents migrants que chez les autochtones, mettent en revanche au premier plan une problématique d'identité avec parfois des passages à l'acte délirants, tels que la perte ou la destruction des papiers d'identité, une construction généalogique délirante, etc.

MARGINALITÉ ET DÉLINQUANCE

LA MARGINALITÉ

L’époque est passée où des colloques entiers étaient consacrés à la définition de la marginalité, des marginaux, et de la « marge ». La référence à la marginalité se situe incontestablement dans une appréciation de la place d’un individu ou d’un groupe d’individus, par rapport à l’ensemble de la société dans laquelle il vit. La marginalité implique une représentation beaucoup plus spatiale que temporelle. Est-il possible d’imaginer dans l’histoire des sociétés qu’il en existe une sans marginaux? Par ailleurs, l’importance des marginaux ne laisse pas le système social indifférent, mais provoque la mise en place des moyens de contrôle social plus ou moins institutionnalisés. Dans nos sociétés modernes, une dynamique constante s’instaure entre l’homéostasie sociale et les marginaux. Ceci implique que les marginaux d’hier deviennent pour une part les intégrés de demain. En revanche, à l’échelle d’une génération ou même d’une vie, la marginalité restera pour certains individus ou groupes d’individus une des caractéristiques de leur existence. Ainsi la marginalité constitue un facteur et un témoin de la vulnérabilité de certains adolescents. D’un point de vue épidémiologique certains types de marginalité représentent un facteur de risque dont l’appréciation reste à déterminer.

L’adolescence est une période privilégiée pour l’expression de la marginalité. L’appartenance à une même classe d’âge place les adolescents dans une position sociale d’attente où ils sont à l’écart des lieux de pouvoir, d’expression et d’action. En retour, le souhait, la tradition ou l’obligation d’échapper au pouvoir, aux contrôles, aux propositions du monde des adultes, ne sont-ils pas les caractéristiques de l’adolescence? Nous pouvons ainsi grossièrement distinguer trois types de marginalités.

La marginalité par engagement

L’adolescent s’établit et se définit comme porteur d’une idéologie de marginalité. Même si cette idéologie est centrée sur un combat contre tout pouvoir, en particulier contre tout pouvoir social ou familial au sens classique du terme, elle n’en nécessite pas moins de façon subtile l’élaboration d’attitudes, de conduites et de règles précises, permettant à l’adolescent de représenter ce « contre-pouvoir ». C’est pourquoi, cette marginalité par engagement se matérialise par l’adhésion à un groupe ou à un mouvement dont l’unité et l’identité se définissent vigoureusement et sont hautement proclamées. Le mouvement hippie est un exemple frappant de ce type de marginalité. Du point de vue de l’adolescent, le groupe lui offre des sources identificatoires, des modèles d’existence où la marginalité a une signification fondatrice. Cette adhésion aux valeurs d’un

groupe en contradiction avec celles de son environnement social ou familial donne à l'individu le sentiment de s'être autocréé, auto-engendré, renforçant ainsi l'illusion de sa toute puissance. Ce groupe assure l'adolescent d'un soutien-narcissique et représente parfois l'étape nécessaire à une éventuelle intégration sociale ultérieure. Reste à savoir comment l'adolescent pourra se dégager peu à peu du groupe, s'individualiser, puis aménager son nouvel espace de vie personnel. Pour certains le prix à payer risque de se marquer par un renoncement, et plus encore un reniement de l'idéologie marginale. Ceci représente un véritable travail psychique. Pour d'autres ce travail de dégagement paraît insurmontable, et débouche alors sur une soumission ou une réduction des capacités personnelles d'adaptation à un mode de vie où la conflictualité, l'ambivalence sont abandonnées au profit du renoncement. La marginalité par engagement deviendra une marginalité par résignation ou une marginalisation liée directement aux difficultés psychopathologiques individuelles. Mais il faut savoir que cette marginalité par engagement peut être pour certains adolescents le dernier recours afin de conserver une identité et des capacités identificatoires encore préservées avant l'effondrement psychotique ultime.

La marginalité par tradition

Là, ce n'est pas tant l'adolescent que son groupe familial d'appartenance qui est marginal. Certaines minorités ethniques et/ou socioculturelles comme les gitans, s'inscrivent dans ce groupe de marginalité. Le groupe familial existe en tant que pouvoir et force de persuasion. Il est en même temps préposé à la transmission d'une tradition à laquelle il se réfère. Il transmet une histoire, une culture, une croyance, des lois, un langage, avec d'autant plus de vigueur et de conviction que la marginalisation familiale est plus ancienne. Le pouvoir familial est marginal par rapport à l'ensemble de la société, mais sert en même temps de refuge à une tradition et il s'affirme d'autant plus que celle-ci est menacée. Il passe par une structure complexe, hiérarchisée, avec ses clans, ses chefs et ses protocoles. Au sein de la famille marginale élargie, l'adolescent est assigné à une place précise parfaitement intégré dans cette marginalité culturelle (A. Braconnier et D. Sibertin-Blanc, 1981).

La marginalité par résignation

La marginalité par résignation peut concerner l'adolescent en tant qu'individu, mais conduit surtout à évoquer ici l'immense problème des familles marginalisées auxquelles un adolescent peut appartenir. Nous pensons plus particulièrement aux familles du « quart monde », pour lesquelles le plus souvent l'environnement n'a pas été choisi, mais imposé par des contraintes économiques. Les liens avec la structure sociale s'établissent sous la forme d'une dépendance ou d'une allégeance. Discrédité par les multiples défaillances

que les interventions institutionnelles lui signifient, le cadre familial est désinvesti comme cadre protecteur fiable, garant de la sécurité, de l'identité, des limites et des idéaux. Un effet en retour peut s'observer : la reconstitution de l'identité ne s'établira que par une coalition contre le monde extérieur, à la fois envié, idéalisé, et source de haine, de persécution réelle ou potentielle.

La marginalisation

Ces trois modes de marginalité doivent être distingués de la marginalisation de certains patients dont l'insertion sociale devient de plus en plus précaire en raison de leurs troubles mentaux. Leur isolement au sein de tout groupe quel qu'il soit, en est le signe patent et distinctif des autres types de marginalité cités précédemment. Certains patients présentant un état limite, ou même un état psychotique, peuvent subir au nom de leurs troubles psychopathologiques ce processus de marginalisation.

LA DÉLINQUANCE

Pour l'ensemble des pays occidentaux, les 13-18 ans représentent de 10 à 15 % des personnes mises en cause dans la criminalité. Ce pourcentage s'aggrave d'année en année. Tous les pays et tous les spécialistes de la jeunesse sont donc préoccupés par ce problème devant lequel ils se sentent en partie impuissants du fait de la mutiplicité des perspectives dans laquelle la délinquance ou le comportement antisocial peut être appréhendé. En effet, il est difficile de concilier les approches et de ne pas volontairement ou involontairement privilégier un mode de compréhension ou d'action par rapport à d'autres. Nous énumérerons brièvement les principaux points de vue rencontrés dans la littérature à ce sujet.

Les points de vue sociologiques

Classiquement, quatre facteurs sont généralement étudiés : l'écologie (position sociale, rôle, statut), l'effet du groupe ou de la bande, les influences institutionnelles et les configurations familiales. Dans l'incidence élevée de la délinquance, des études déjà anciennes ont montré la fréquence de certaines caractéristiques écologiques telles que la vie en centre urbain, la détérioration matérielle et architecturale de l'environnement, la pauvreté de la population. Pour le groupe ou la bande, nous renvoyons le lecteur au chapitre consacré à ce sujet (*cf.* chap. 1, Le groupe). En ce qui concerne les influences institutionnelles, ce sont surtout les institutions scolaires ou éducatives qui ont été étudiées à travers leur rôle vers la facilitation ou la prévention de la délin-

quance ; le système scolaire dans l'uniformité de son enseignement, dans l'échec à apprendre à lire à l'ensemble de la population, dans son absence de souci éducatif au sens large a été, souvent exagérément, incriminé. De même, au niveau des facteurs institutionnels, l'exhibition de la violence dans les médias fait de plus en plus l'objet de critique et joue ainsi le rôle de bouc émissaire dans l'explication, souvent simpliste, de l'aggravation des actes délinquantiels des enfants et des adolescents. Enfin la configuration familiale a été également évoquée, en particulier la carence d'autorité parentale, surtout paternelle et certains types de perte ou d'abandon parental.

Les facteurs de personnalité et les aspects psychiatriques

Là aussi, de multiples facteurs ont été évoqués avec bien entendu une mise en avant des notions d'impulsivité, de perte de contrôle et de mauvaise estime de soi. Les classifications distinguant les sociopathes aux comportements antisociaux et agressifs et les délinquants chez lesquels les actes antisociaux sont interprétés comme une formation symptomatique névrotique de la culpabilité sont régulièrement remises en question bien qu'elles précisent incontestablement des « modes délinquantiels » dont la différence n'échappe à personne. Dans cette énumération, il ne faut du reste pas oublier les actes délictueux de certains psychotiques qui s'inscrivent souvent dans le cadre d'un effort de réorganisation autour d'une conduite et d'une image de soi, en quête de cohérence et de rôle social. En fait, nous retrouvons ici, en grande partie, les discussions concernant la psychopathie (*cf.* chap. 12). Quoi qu'il en soit, il faut bien reconnaître que l'approche psychopathologique de la délinquance reste problématique. Au cours de ces dernières années, une meilleure connaissance du fonctionnement des personnalités borderline et des personnalités narcissiques (*cf.* chap. 14) a cependant permis une meilleure appréhension des mécanismes psychopathologiques qui se situent entre la névrose et la psychose et qui sont observables chez un nombre important de sujets qu'il est habituel de considérer comme délinquants.

SORTIR DE L'ADOLESCENCE, LE PASSAGE À L'ÂGE ADULTE*

LES ENJEUX INDIVIDUELS

Si l'on reprend l'étymologie du terme adolescence, on s'aperçoit qu'il dérive du verbe latin *adolescere* ou *adulescere*, qui signifie croître. Ce terme,

* Chapitre rédigé avec la collaboration de Nelly Gaillard-Janin, psychiatre/psychanalyste, ASM 13, Paris.

au participe présent, se décline sous la forme suivante : *adolescens* : adolescent ; en croissance. Le même terme, au participe passé, se décline ainsi : *adultus* : adulte ; qui a cessé de croître (A.-M. Alléon et coll., 1990). Ceci pose d'emblée deux questions : quand et comment peut-on affirmer qu'un individu est devenu adulte? Ceci signifie-t-il pour autant que sa croissance et son développement psychique sont terminés? Vaste débat, qui doit être mis en perspective avec le contexte socioculturel et juridique du moment, mais qui doit aussi prendre en compte l'histoire et le fonctionnement du sujet dans le domaine psychologique et psychopathologique. Un débat déjà ancien a animé les discussions entre les représentants de ces différents domaines. Les sociologues ont souvent préféré le terme de « jeunesse » dont les références sont essentiellement sociales ; les juristes, en application des lois, constatent que la responsabilité légale varie selon les domaines concernés (majorité, responsabilité pénale, etc.) et les « psys » utilisent essentiellement le terme « adolescence » en raison de leur intérêt pour le développement psychologique individuel et le processus psychique qui caractérisent les différentes étapes de la vie.

Dimensions socio-culturelles de l'évolution des statuts et des rôles respectifs caractérisant d'une part la jeunesse et d'autre part l'âge adulte. — Il est important de situer ce passage de l'adolescence à l'âge adulte dans notre société contemporaine pour prendre en compte le cadre dans lequel le sujet, son environnement et nous-mêmes, nous nous situons. L'utilisation actuelle de nouvelles notions ou de nouveaux signifiants : post-adolescence, adulescence, génération « Tanguy » ne peut pas nous laisser indifférent. Néanmoins cet ouvrage n'étant un traité ni de sociologie ni d'anthropologie, nous essaierons simplement de citer les évolutions des différents âges de la vie, en France, depuis quelques décennies, ainsi que les facteurs qui ont pu influer sur ces changements.

L'effacement des limites. — Au-delà du classique constat de la disparition des « rites de passage » dans nos sociétés contemporaines occidentales, plusieurs constats socio-culturels peuvent être faits.

« Il faut rester jeune ! » La maturité en vient parfois à être connotée péjorativement dans notre société. Les progrès de la science s'associent au souci d'éternelle jeunesse d'une partie de la population, et tentent de reculer l'avènement du vieillissement. Vieillir fait peur, charriant le poids de l'angoisse de mort. Nous pouvons nous interroger sur le retentissement d'une telle représentation sociale sur l'utilité des limites liées au statut social entre le jeune et l'adulte s'appuyant sur la différence des générations. Par exemple, tous les débats sur l'autorité ne peuvent exclure ce fait sociologique et culturel contemporain. Les jeunes peuvent se plaindre, à l'inverse du passé, que les adultes se montrent « trop » adolescents et ne leur laissent pas le « territoire identitaire » qui est le leur.

« Fais des études » ! » La scolarité s'allonge : alors qu'en 1968, 40 % des garçons de plus de 18 ans étaient encore scolarisés, en 1975, ils étaient déjà 50 %, et en 1980, 60 % ; en 2005, ils seraient 80 %. Toutes les enquêtes montrent combien le souci concernant les études vient au premier rang des préoccupations des adultes et des adolescents qui néanmoins considèrent que ce souci est excessif de la part des adultes. Ainsi la réussite sociale par les études est une préoccupation à la fois de la jeunesse et du monde adulte qui à nouveau ici se différencie moins que par le passé, mais qui en même temps suscite chez les jeunes une « révolte » pour peut-être maintenir une différence de statut et de rôle. Certaines grandes manifestations de jeunes peuvent ces dernières années être comprises dans ce sens.

« Prends ton indépendance ! » La durée de cohabitation d'un jeune avec ses parents s'allonge du même coup, d'autant que le marché du travail s'est teinté depuis plusieurs années d'un fond de crise économique, de précarité, de chômage et d'assistance. Alors qu'autrefois, un jeune était poussé et pouvait accéder directement à un emploi à sa sortie d'école, notamment dans les métiers techniques, il suit désormais un parcours de formation plus long, alliant des stages, puis ce qu'on appelle en France des contrats à durée déterminée. L'accès à un emploi en contrat à durée indéterminée a lieu plus tardivement et est devenu une quête de sécurité, point de vue tout autant partagé par l'adulte que par le jeune qui là aussi ne se différencient plus.

L'âge du mariage des jeunes n'a cessé d'augmenter depuis plusieurs décennies : en 1972, il était de 24,5 ans chez les hommes et de 22,5 ans chez les femmes ; en 2004, il est de 30,6 ans chez les hommes et de 28,5 ans chez les femmes (F. Daguet, 1996 ; L. Richet, 2005). De même, l'âge de la première maternité chez la femme augmente régulièrement : de 27,2 ans en 1970, il est passé à 29,6 ans en 2004 (L. Richet-Mastain, 2005). Dans le même temps, le nombre de séparations et de divorces de la part des adultes n'a fait qu'augmenter. Ainsi chercher « l'âme sœur » est devenue une préoccupation partagée tout autant par les jeunes que par de nombreux adultes.

De nombreux autres phénomènes plus anecdotiques donnent une indication sur la complexité de pouvoir situer la différence entre le monde des adolescents ou des jeunes et celui de ceux désignés comme « adultes ». On peut évoquer ici tous les outils de communication allant du téléphone portable à Internet en passant par les médias ludiques ou virtuels (vidéos, jeux, etc.).

Tous ces faits vont dans le même sens : les « jeunes » n'en finissent plus d'une adolescence prolongée, tandis que les adultes n'en finissent plus de devoir ou vouloir rester jeunes.

Quelques hypothèses explicatives. — La deuxième partie du xx[e] siècle a représenté une période de mutation globale des comportements à la fois sociaux, familiaux et sexuels. On peut faire remonter à cette période la généralisation de la contraception, du divorce et de l'abaissement de l'âge légale

de la majorité. Concentrée sur deux générations, on a donc assisté à une évolution majeure de la gestion sociale des relations humaines et familiales.

Une autre hypothèse explicative s'appuie sur l'évolution de l'économie et du marché de l'emploi. Une économie européenne moins en pointe, un taux de chômage élevé du moins dans certains pays dont la France, une précarisation de l'emploi, le développement d'une politique d'assistance ont contribué à la pérennisation des liens de dépendance et d'intrications intergénérationnels. Certains avancent aussi l'hypothèse d'une mise en concurrence des jeunes et des moins jeunes face à ces débouchés professionnels incertains, créant paradoxalement un point commun (P. Huerre, P. Bazin, A. Jamet, 1996). Pour C. Dejours, le travail « occupe une place centrale dans le développement de la personnalité, depuis la petite enfance jusqu'à la maturité » (C. Dejours, 1996). Ses nombreux écrits démontrent que le travail contribue largement à la construction de la subjectivité et peut être une source fondamentale d'accomplissement personnel. On peut considérer que « la privation de chance d'avoir accès à un travail structurant », venant s'ajouter aux éventuelles problématiques plus personnelles (carences affectives, éducatives et sociales), va enrayer le processus de maturation du sujet (M.-P. Guiho-Bailly, 1996).

Le mouvement qui a animé les jeunes de la génération de Mai 68 comportait sa part de révolte – toute adolescente – vis-à-vis des rapports d'autorité et des conflits intergénérationnels. Dans les suites de ce mouvement, les limites intergénérationnelles ont eu tendance à être plus floues, alors même qu'elles constituent des repères sur lesquels se bâtit l'individualité. Cela a pu contribuer à la prolongation de la période intermédiaire entre l'adolescence et l'âge adulte. Tout ceci remet-il en cause la différence des générations? Certains l'évoquent : « Voici revenu, en dépit des apparences, le temps de l'indifférenciation entre enfants et adultes : les enfants n'en finissent plus de grandir, dans une adolescence interminable, tandis que les adultes n'en finissent pas d'être enfants. Vieux enfants et jeunes adultes sont tous à la recherche du passage vers la maturité et forment cette grande troupe que l'on appelle, en souvenir d'un temps révolu, « peuple adolescent ». Cohorte envahissante et dérangeante, qui rappelle qu'elle aussi attend une place sociale, au décours d'une « puberté sociale » de plus en plus aléatoire » (P. Huerre et coll., 1990).

Quand et comment peut-on considérer qu'un sujet est passé psychologiquement de l'adolescence à l'âge adulte? Que signifie « être adulte »? — Voici des questions bien subjectives qui renvoient au fait que procéder à des « découpages » en tranches d'âge est un exercice parfois trop réducteur et simplificateur. Chacun sait bien que le sujet franchit psychiquement les étapes-clés de la vie de façon non linéaire. Le travail de « deuil » (A. Freud), de « désengagement » (P. Blos) ou de « séparation » (A. Braconnier) qui accompagne chaque avancée ne se fait pas en un jour, et comporte son lot de

régressions et/ou de fixations toujours possibles sans être pour autant pathologiques.

Nous avons décrit les principales caractéristiques du passage de l'enfance à l'adolescence, en particulier ce mouvement difficile de séparation et de désengagement des images parentales. Au cours de l'adolescence, la relation avec les parents est intense, teintée de conflits qui sont autant de signes d'un attachement à transformer ou d'une dépendance à aménager. L'adolescent se révolte du rapport d'autorité qu'il subit de la part de ses parents, et la différence des générations lui apparaît sous un jour « castrateur » avec sa part de risque, de désir, d'attente, de menace, de désillusion, de déception ou d'apparentes oppositions, rébellions, d'adhésion à des idéaux nouveaux, partagés avec les pairs. De même, il teste les limites de sa bisexualité potentielle, car s'accepter d'un seul sexe comprend une part de renoncement qui, là encore, résonne comme une « castration » supplémentaire.

Au terme de toute cette transformation, l'adolescent devenant jeune adulte intègre finalement comme des organisateurs, et non comme des obstacles, la différence des sexes et des générations. Il se reconnaît enfant de ses parents, et peut, sans se sentir en danger d'indifférenciation ou de rapproché œdipien, mesurer pleinement ce qu'il doit à ses parents et quels sont les traits de sa personnalité qu'il a hérités d'eux. Ce n'est qu'à cette condition qu'il peut accéder de façon intéressée au marché du travail et à une vie affective adulte. En effet, travailler suppose de pouvoir supporter les rapports d'autorité et de pouvoir, de reconnaître l'apport de l'expérience des aînés et de se sentir en même temps acteur de ses projets et de ses réalisations ; cela suppose aussi d'accepter d'être confronté à ses limites : chaque activité est codifiée, a ses contraintes, ses exigences. D'autre part, si le jeune adulte parvient à intégrer la différence des sexes et des générations, il peut accéder à une vie affective satisfaisante : il peut en effet renoncer à sa position œdipienne, assumer son identité sexuée, et assumer le choix d'un objet d'amour extrafamilial.

En définitive, le sujet pourrait psychologiquement se considérer comme ayant « réussi » cette étape de la vie s'il sent qu'il a pu :

– harmoniser les relations entre son corps et sa psyché ;

– développer un discours personnel ;

– développer ses connaissances du monde, ses connaissances pratiques, intellectuelles, culturelles, développer ses habiletés et ses compétences sociales ;

– développer harmonieusement l'estime de soi et de son corps, en un mot son narcissisme ;

– développer harmonieusement sa relation aux autres, sexuellement, amicalement et socialement ; en d'autres termes bénéficier d'une liberté suffisante dans la possibilité de développer l'ensemble des relations objectales ;

– développer son idéal du moi et non pas subir son moi idéal infantile;

– être suffisamment conscient et par la même à distance ou dégagé de comportements ou traits de caractère contraignants dans la vie personnelle et sociale

N'est-ce pas des « qualités » qui pourraient idéalement caractériser le fait d'être adulte.

Qu'en est-il donc du passage de l'adolescence à l'âge adulte? Il est commun de dire que deux critères caractérisent l'entrée dans l'âge adulte : la construction d'une vie affective stable et satisfaisante d'une part, et l'accès à une vie professionnelle d'autre part, le fameux « aimer et travailler » de Freud. Leur récurrence dans les différents écrits concernant cette problématique de la fin de l'adolescence tient au fait que ces critères cristallisent le travail psychique particulier à cette période et ses conséquences sur l'existence du sujet. W. Menninger a proposé des critères plus détaillés de « maturité émotionnelle » caractérisant l'âge adulte :

– la capacité de se confronter de façon constructive à la réalité;

– la capacité de s'adapter au changement;

– une relative liberté vis-à-vis des symptômes produits par l'anxiété et les tensions de la vie;

– la capacité de trouver plus de satisfaction en donnant qu'en recevant;

– la capacité d'établir des liens humains d'une manière solide avec une satisfaction et un soutien mutuel;

– la capacité de sublimer son énergie instinctive dans l'acquisition des connaissances, dans des actions créatives et constructives;

– la capacité d'aimer.

Nous sommes là aussi dans une vision « idéaliste » qui se heurte aux avatars de la vie, du développement humain et de l'histoire de chacun avec ses moments de progression et de régression.

Problématiques individuelles pouvant conduire à un ajournement de la maturation. — Bien entendu, il faudrait, pour être exhaustif, balayer l'ensemble de la psychopathologie pour expliquer comment chaque problématique peut freiner l'accès à la condition adulte.

Cependant, deux éléments ressortent de façon particulièrement prégnante, dans ces situations : les avatars de la problématique corps-psyché et les avatars de la relation parents/enfants.

Dans l'articulation corps-psyché, l'ajournement de la maturation soulève trois questions :

– comment l'image de son corps peut-elle devenir l'image de soi? Les sujets qui utilisent leur corps comme expression première de leur désir ou de leurs souffrances en sont une illustration. En tout premier lieu, on peut citer la problématique hystérique ou hypocondriaque : le sujet, tout en donnant le

sentiment qu'il n'est plus enfant ni adolescent, donne tout autant le sentiment qu'il ne peut ni être reconnu ni se reconnaître lui-même comme un adulte. Mais il y a d'autres sujets qui, tout au long de leur existence, continuent à « maltraiter » leur corps sous différentes formes, en particulier par la persistance des troubles du comportement alimentaire : ils se maltraitent eux-mêmes, répétant ainsi inconsciemment la maltraitance qu'ils ont pu vivre de la part de leur environnement ;

– conséquence du point précédent, le corps est partie intégrante de l'historicité de soi. L'image de son corps, représentation de l'histoire du sujet, de sa construction et de son développement, l'est aussi des difficultés concernant ces différents points ;

– enfin l'articulation entre le corps et le sentiment d'identité : « le sentiment de bizarrerie ou d'étrangeté qu'ont beaucoup de sujets à cet âge (l'adolescence) à propos de leur corps est du même type, en dehors de tout facteur psychotique, que le sentiment de ne pas s'identifier de manière sûre » (P. Mâle). Comme chacun sait, ce sentiment peut persister bien au-delà de l'adolescence ou de la jeunesse.

En ce qui concerne les avatars de la relation parents-adolescent, et en se dégageant de toute culpabilisation des uns ou des autres, les dysfonctionnements des interactions parents-enfants peuvent avoir des effets durables au cours de l'existence. Dans l'esprit du sujet, il peut s'agir de parents ayant exercé une emprise sur leur enfant, lequel se croit chargé de réparer leurs regrets en réussissant là où ils avaient échoué ; de parents en mésentente conjugale, fuyant le moment où ils se retrouveront seuls en gardant auprès d'eux leur enfant ; d'enfants parentifiés par des parents défaillants, souvent ils sauront davantage aider les autres que se construire eux-mêmes, etc.

On rencontre aussi des sujets qui décrivent leurs parents comme fonctionnant sur un mode très opératoire, incapables d'être à l'écoute du vécu de leurs enfants, très éloignés du monde des émotions, qui leur fait sûrement très peur. Ils éprouvent donc depuis toujours un vécu d'autodévalorisation et d'inadéquation au monde. Il leur est difficile de se positionner en tant qu'adulte face aux autres adultes. Par conséquent, travailler, être autonome financièrement, et quitter, jeune adulte, le domicile parental, leur paraît impossible. On rencontre ainsi de jeunes adultes qui échouent dans leurs différents projets universitaires ou professionnels et qui à 28, 30 ou 35 ans ne se sont toujours pas engagés dans la vie d'adulte. Rappelons ici, tellement il est devenu emblématique d'une génération, *Tanguy*, le film réalisé par Etienne Chatiliez, qui illustre de manière quelque peu caricaturale ces adolescences interminables. Le film explore la vie d'un couple qui a eu un fils unique, Tanguy. Les parents de Tanguy l'ont choyé, couvé, ne lui posent pas de limites claires, fument du cannabis avec lui. Ils évoquent ceux que l'on a appelés les « couples soixante-huitards », instaurant des relations de copain à copain avec leur enfant, n'assumant pas leur rôle d'autorité et d'éducation, et ne posant pas clairement les limites intergénérationnelles.

Tanguy a donc 28 ans, il est toujours étudiant et prolonge chaque année ses études, qui n'en sont pas moins brillantes ; il vit toujours chez ses parents et n'envisage pas de s'engager dans une relation sentimentale durable, ce qui ne l'empêche pas de multiplier les conquêtes éphémères. Les parents de Tanguy ont été dans l'évitement du conflit avec lui. Or le conflit, qui s'organise normalement autour de la négociation des limites, des contraintes posées à l'enfant, et des différences de point de vue entre générations, est un moyen pour l'adolescent de prendre position, de se différencier de ses parents, de se construire une individualité propre. Sans conflit, pas de processus de séparation-individuation. Tanguy a quelques-uns des attributs d'une vie adulte, mais il est incapable de vivre seul pour son propre compte.

Ainsi l'éventail de situations cliniques est infini, et il est important de savoir que ces problématiques constituent une immense part des demandes de soins chez les sujets de 20 à 35 ans. Le passage de l'adolescence à l'âge adulte reste une question ouverte. Nous pourrions néanmoins adhérer à cette proposition : « La puberté, qui s'étale (…) sur de nombreuses années, provoque inévitablement des bouleversements psychiques à l'adolescence. La possibilité d'émerger de ces bouleversements, de parvenir à une relative paix intérieure (…) est la maturité psychique » (A.-M. Alléon, 1990).

LES ENJEUX SOCIAUX : LE CHÔMAGE

Comme nous l'indiquions dans le chapitre consacré aux modèles de compréhension (*cf.* p. 14), le chômage constitue une des préoccupations les plus importantes dans le discours actuel des jeunes. Les spécialistes de la santé publique partagent totalement cette préoccupation. Le professeur Harvey Brenner, de l'École Johns Hopkins de Santé Publique, a présenté en 1984 un rapport rédigé pour le compte du Comité économique du Congrès américain, dans lequel il prévoit : « que les effets de la récession et du chômage vont inaugurer une phase prolongée d'augmentation de la morbidité, de la mortalité et des problèmes sociaux dans certains groupes de la population. » Parmi ces groupes, celui des jeunes (spécialement dans les minorités) est au premier plan. Un point essentiel des découvertes de ce chercheur est que les effets « négatifs » sur la santé physique et psychologique ne surviennent que trois à cinq ans après le niveau extrême de la récession (1981-1982 pour les États-Unis), et qu'il faut dix ans pour que tous les impacts en soient ressentis (cité dans le *Quotidien du Médecin*, 19 septembre 1984). Pour les cliniciens que nous sommes, ces constatations sont inquiétantes et confirment notre sentiment que le chômage accentue la crise ou les conflits du processus d'adolescence : le sentiment d'inutilité, les mouvements de révolte, la perte d'estime de soi et l'impression de vide liée au fait qu'il n'y a pas d'action à entreprendre se trouvent en résonance avec la difficulté d'entrer dans le monde du travail et de

trouver un emploi. Chez les adolescents les plus fragiles, c'est-à-dire ceux pour lesquels investir positivement une activité professionnelle constitue avant toute demande un problème, la difficulté de trouver un emploi vient comme un butoir à toute démarche dans ce sens. Si le chômage en lui-même n'est pas responsable de la marginalisation des adolescents, il accentue cependant les difficultés qu'éprouvent les jeunes à s'insérer dans la société.

BIBLIOGRAPHIE

ALLEON A.M., MORVAN O., LEBOVICI S. : *Devenir adultes ?* PUF, Psychiatrie de l'enfant, Paris, 1990.

BRACONNIER A. et coll. : *Introduction à la psychopathologie*. Masson, Paris, 2006.

DEJOURS C. : Centralité du travail et théorie de la sexualité. *In* : *Travailler, Revue Adolescence*, 1996, tome 14, n° 2, 9

HUERRE P., PAGAN-REYMOND M., REYMOND J.M. : *L'adolescence n'existe pas*. Éditions Universitaires, Collection « Adolescences », Paris, 1990.

ALLEON A.M., MORVAN O., LEBOVICI S. : *Adolescence terminée, adolescence interminable*. PUF, Psychiatrie de l'enfant, Paris, 1985.

ANATRELLA T. : *Interminables adolescences. Les 12-30 ans*.

BEAUCHESNE H., ESPOSITO J. : *Enfants de migrants.* PUF, Coll. Nodule, Paris, 1981, 1 vol.

BENADIBA M. : Les adolescents maghrébins en France : aspect psychologique. *Neuropsychiat. Enf.*, 1979, *27*, 9, 395-399.

BLOS P. : *The adolescent passage*. NY, Int. Univ. Press, 1979.

BRACONNIER A., SISERTIN-BLANC D. : Le non-pouvoir dans les familles marginales. *Dialogues*, 1981, *73*, 31-37.

CARVALHO-LAHALLE A. DE : La déviance chez les mineurs fils d'immigrants. *Rééducation,* 1976, *281*, 25-45.

CHARLES-NICOLAS A., TOUZEAU D. : Hypocondrie et transculture. *Psychol. Méd.*, 1981, *13*, 5, 783-786.

DAGUET F. : *Mariage, divorce et union libre*. INSEE Première, n° 482, août 1996.

GIOVACCHINI P.L. : Socio-cultural factors, life-style and adolescent psychopathology. *Adol. Psychiat.*, 1980, *8*, 65-70.

GUILHO-BAILLY M.P. : Masculinité et travail. *In : Travailler, Revue Adolescence*, 1996, tome 14, n° 2, p. 48.

HUERRE P., BAZIN P., JAMET A. : Du travail scolaire à l'emploi. *In : Travailler, Revue Adolescence*, 1996, tome 14, n° 2, p. 115.

PLANT JO R. : William Menninger and American psychoanalysis, 1946-1948. *History of Psychiatry*, 2005, vol. 16, *2*, 181-202.

RICHET-MASTAIN L. : *Bilan démographique 2004*. INSEE Première, n° 1004, février 2005.

Site Internet : http ://daniel.calin. free.fr

20 L'ADOLESCENT ET LE DROIT

Les premières et deuxième parties de ce chapitre ont été rédigées par un enseignant-chercheur spécialiste du droit de l'enfance et de la famille[1]. Dans une délimitation stricte, on pourrait estimer que ce texte n'appartient pas au champ de la psychopathologie de l'adolescent. Néanmoins, il contient une somme importante d'informations concernant le droit de l'adolescence, informations qu'à notre connaissance on ne trouve généralement pas regroupées ainsi sous une forme aisément appréhendable. D'autre part, le lecteur n'est pas sans savoir l'importance et la relative fréquence des relations entre l'adolescent et la justice. Ces motifs nous ont conduit à inclure dans cet abrégé, ce chapitre d'informations sur les rapports entre l'adolescent et le droit.

Il n'existe pas, en droit, de statut particulier de l'adolescent. La loi n'emploie d'ailleurs pas ce terme : elle ne distingue que le mineur et le majeur. Le jeune est donc censé passer instantanément, le jour de ses 18 ans, du statut d'enfant – juridiquement incapable de consentir et bénéficiant de la protection de sa famille ou de l'autorité publique – à celui d'adulte, autonome et ne faisant plus l'objet d'une attention particulière.

Ce schéma binaire connaît toutefois, depuis longtemps, certaines atténuations.

Émancipation. — La loi autorise une anticipation de l'âge de la majorité à partir de 16 ans à travers l'émancipation[2]. Celle-ci peut être prononcée par le juge des tutelles, sur demande des parents ou de l'un d'eux, si l'intérêt du mineur le justifie. L'émancipation résulte aussi automatiquement du mariage du mineur, mais celui-ci est désormais exceptionnel (*cf. infra*). Le mineur émancipé est en principe assimilé à un majeur, sauf exception (il ne peut,

1. Agnès LOUIS-PÉCHA, maître de conférences de droit privé à l'université de Brest, co-directrice du master Droit des personnes vulnérables, avec la collaboration de Claudia GHICA-LEMARCHAND, maître de conférences de droit privé à l'université de Paris-XII.
2. Art. 476 et c. civ.

notamment, être commerçant). L'émancipation met fin à la responsabilité des parents du fait de leur enfant.

Protection du jeune majeur. — Inversement, la protection assurée au mineur peut se prolonger jusqu'à vingt-et-un ans : le jeune majeur en difficulté peut solliciter du service de l'aide sociale à l'enfance ou du juge des enfants la poursuite ou l'instauration d'une mesure d'aide ou d'action éducative en milieu ouvert ou d'un placement[3]. Cette disposition a été introduite pour atténuer les effets de l'abaissement de l'âge de la majorité à 18 ans en 1974. Elle se révèle particulièrement utile dans une société où les jeunes adultes ont du mal à trouver leur place et leur autonomie.

Devoir d'entretien par les parents[4]***.*** — Un devoir d'entretien pèse sur les parents du fait de l'établissement de la filiation, même s'ils n'exercent pas l'autorité parentale. Ce devoir ne cesse pas automatiquement à la majorité de l'enfant : il perdure tant que celui-ci est dans une situation de dépendance économique légitime (études justifiées, période de recherche du premier emploi stable). L'étendue de l'obligation de chaque parent est fonction de ses capacités financières et des besoins du jeune, qui peut prétendre au versement d'une pension fixée, en cas de litige, par le juge aux affaires familiales.

De façon plus générale – et cette tendance s'accentue depuis quelques années – les textes tendent à consacrer l'acquisition progressive de son autonomie par le mineur en reconnaissant l'aptitude de l'adolescent à exprimer son opinion sur ce qui le concerne et à prendre certaines décisions, tout en tenant compte de son besoin spécifique de protection, en particulier lorsqu'il est exposé à certaines situations dangereuses pour son développement.

L'ADOLESCENT ENTRE INCAPACITÉ ET AUTONOMIE

Jusqu'à 18 ans, sauf émancipation, l'adolescent est considéré comme incapable de conclure lui-même des actes juridiques et il est soumis à l'autorité protectrice de ses parents[5], mais la loi impose un exercice de cette autorité adapté à l'âge et à la maturité de l'enfant, dont la volonté personnelle ne peut plus être ignorée.

---

3. Décret n° 75-96 du 18 février 1975 pour la protection judiciaire ; art. L. 112-3 et L. 222-5 CASF (Code de l'action sociale et des familles) pour la protection administrative.
4. Art. 371-2 c. civ.
5. Art. 371-1 c. civ. ; sur l'autorité parentale, *cf. Enfance et psychopathologie.*

L'attention accordée à la volonté propre du mineur dans le gouvernement de sa personne s'est considérablement développée à partir des années 80, notamment sous la pression des conventions internationales[6]. La Convention de New York en particulier énonce un certain nombre de droits de l'enfant qui impliquent le respect de cette volonté propre : liberté d'opinion sur toute question l'intéressant, liberté d'expression, liberté de pensée, de conscience et de religion, liberté d'association[7], etc.

Il faut néanmoins conjuguer la reconnaissance de ces droits avec le constat de l'immaturité du mineur, donc de son besoin d'éducation et de protection. La Convention l'affirme à propos de la liberté de conscience et de religion en évoquant « *le droit et le devoir des parents de guider l'enfant* » dans l'exercice de ces libertés, « d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités »[8].

Le droit français s'y emploie à travers un dispositif nuancé, allant graduellement de la simple association du mineur aux décisions qui le concernent jusqu'à la reconnaissance, dans certains domaines, d'une véritable autonomie du jeune.

L'ASSOCIATION DU MINEUR AUX DÉCISIONS QUI LE CONCERNENT

Directive générale. — La loi fait parfois œuvre de pédagogie plus que de législation. C'est sans doute le cas lorsqu'elle invite les parents à « associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité »[9] : il s'agit d'une directive dont l'effectivité ne peut guère être contrôlée, sauf danger ou désaccord entre les parents[10]. L'adolescent ne dispose pas du droit d'agir en justice pour contester la façon trop autoritaire dont, selon lui, ses parents exercent leur autorité selon lui.

6. Essentiellement, la Convention internationale sur les droits de l'enfant (CIDE) adoptée à New York dans le cadre de l'ONU le 20 novembre 1989, dont les dispositions s'imposent au droit français. On doit également signaler l'importance de certaines conventions adoptées dans le cadre du Conseil de l'Europe : outre la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales adoptée à Rome le 4 novembre 1950 et dont les dispositions sont susceptibles de bénéficier aussi aux mineurs, il faut signaler la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants adoptée à Strasbourg le 25 janvier 1996 et approuvée par le Parlement français en août 2007.
7. Art. 12 § 16 CIDE.
8. Art. 14 § 2 CIDE.
9. Art. 371-1, al. 3, c. civ.
10. V. *infra*, le contrôle de l'autorité parentale.

Décisions en matière de santé. — Le droit à l'information sur l'état de santé de l'enfant est exercé par les titulaires de l'autorité parentale, qui doivent consentir aux actes proposés, mais le mineur doit aussi être informé « d'une manière adaptée à son degré de maturité »[11] et son consentement « doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision »[12]. Le texte impose seulement de rechercher le consentement du mineur, pas de l'obtenir. Il est donc possible de passer outre son refus en cas de nécessité pour préserver sa santé.

Droit de l'enfant d'être entendu dans les procédures qui le concernent. — Pour assurer la mise en conformité du droit français aux exigences de la Convention de New York, la loi du 8 janvier 1993 a reconnu au mineur doté de discernement le droit d'exprimer son opinion dans toute procédure judiciaire le concernant[13]. Il s'agit essentiellement des procédures relatives à l'exercice de l'autorité parentale – conséquences du divorce ou de la séparation des parents, assistance éducative – ou des procédures de changement de nom ou de prénom. L'opinion exprimée par le mineur ne s'impose évidemment pas au juge, mais elle doit être un élément d'appréciation dans sa décision.

Il n'est pas prévu d'âge minimal pour que l'enfant exerce ce droit : l'aptitude au discernement est la seule condition posée par la loi. Le juge peut choisir de faire entendre l'enfant par une personne qu'il désigne (enquêteur social, psychologue, etc.).

L'audition n'est cependant pas systématique. Le juge peut mais n'est pas obligé d'en prendre l'initiative. Si le mineur la demande, elle est désormais de droit : la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance[14] supprime la possibilité qu'avait jusqu'alors le juge de refuser l'audition. L'enfant ou l'adolescent a le droit d'être accompagné d'un avocat ou d'une personne de son choix, sous réserve de la possibilité pour le juge de désigner une autre personne si le choix du mineur n'apparaît pas conforme à son intérêt.

Il faut bien mesurer la portée du droit du mineur d'être entendu dans toute procédure le concernant : ce droit ne lui confère pas le statut de partie à la procédure. Autrement dit, dans les procédures relatives à l'autorité parentale, l'adolescent entendu ne peut pas former un recours contre la décision rendue si elle ne lui convient pas, et personne ne peut le faire en son nom. Il ne peut pas non plus, pas même via un représentant, saisir le juge sur les questions relatives à l'autorité parentale – par exemple, pour faire modifier son lieu de résidence habituelle chez un de ses parents ou les modalités de ses rencontres

11. Art. L. 1111-2, al. 5, CSP (Code de la santé publique).
12. Art. L. 1111-4, al. 6, CSP.
13. Art. 388-1 c. civ.
14. Art. 388-1 c. civ., réd. loi du 5 mars 2007.

avec l'autre parent – sauf s'il est en danger et sollicite une mesure d'assistance éducative[15].

L'OBLIGATION DE RESPECTER LE REFUS DU MINEUR

Actes médicaux dans l'intérêt d'autrui. — Lorsqu'il s'agit de pratiquer sur sa personne des actes médicaux dans l'intérêt d'autrui (recherche biomédicale, don de sang, don de moelle osseuse au profit d'un frère ou d'une sœur[16]), la recherche de la volonté du mineur va plus loin : la loi impose de l'informer d'une façon adaptée, et elle interdit de passer outre un éventuel refus de sa part. Le consentement du mineur n'est pas obligatoirement requis, notamment s'il s'agit d'un enfant inapte à consentir, mais s'il refuse, ce refus doit être respecté.

L'EXIGENCE D'UN CONSENTEMENT PERSONNEL DU MINEUR

Dans certains cas, la loi manifeste une exigence supplémentaire : le consentement personnel de l'adolescent est requis.

Mariage du mineur. — En principe, il est désormais interdit depuis que la loi du 4 avril 2006 a fixé l'âge minimum du mariage à 18 ans pour les femmes, comme c'était déjà le cas pour les hommes. Le texte prévoit cependant une possibilité de dispense accordée par le procureur de la République, pour motif grave (en général, la grossesse de la jeune femme). Le mariage suppose alors, outre l'autorisation parentale, le consentement personnel du (de la) mineur(e). La recrudescence des mariages forcés redonne de l'actualité à cette règle que l'on croyait relever de l'évidence[17].

Interruption volontaire de grossesse. — Les représentants légaux sont normalement appelés à consentir à l'IVG d'une mineure, sauf exception (*cf. infra*), mais la demande doit être exprimée par la mineure elle-même, en la seule présence du médecin[18].

---

15. Sur l'assistance éducative, *cf. Enfance et psychopathologie*.
16. Art. L. 1122-2, L. 1221-5, L. 1241-3 CSP.
17. Art. 144 et 145 c. civ., réd. loi du 4 avril 2006 destinée à lutter contre les violences au sein du couple et contre les mariages forcés.
18. Art. L. 2212-7 CSP.

Changement d'état civil. — À partir de l'âge de 13 ans, le consentement personnel de l'adolescent est requis pour un changement de nom (sauf s'il résulte d'un changement de filiation), pour un changement de prénom, ou pour son adoption[19].

L'AUTONOMIE DU MINEUR

Dans certains domaines, la loi accorde au mineur, généralement adolescent, une véritable autonomie lui permettant de prendre des décisions sans l'intervention de ses représentants légaux, voire parfois, contre leur volonté.

Travail et gestion des revenus et des biens. — L'incapacité du mineur est allégée à partir de l'âge de 16 ans : il peut conclure seul un contrat de travail ou d'apprentissage (sous réserve du droit d'opposition de ses représentants légaux), percevoir seul son salaire et adhérer à un syndicat, disposer seul des sommes déposées sur un livret de caisse d'épargne ou un livret jeune[20] (sauf opposition des représentants légaux), et disposer librement par testament de la moitié de son patrimoine[21].

Actes qu'il est d'usage qu'un mineur accomplisse seul[22]***.*** — Le mineur peut accomplir seul un certain nombre d'actes sans gravité, dont la liste n'est pas précisée par la loi, qui se réfère à l'usage : ce sont les actes que, selon l'opinion commune, un mineur d'un âge donné accomplit seul. Il est par exemple admis que le mineur puisse faire seul de menus achats adaptés à son âge. La question est plus délicate pour les petites opérations bancaires. On sait que les banques essaient de fidéliser une clientèle en la capturant de plus en plus jeune. La question de savoir dans quelle mesure le retrait de sommes déposées sur un compte bancaire ou l'utilisation de cartes de paiement à débit immédiat peuvent être considérés comme des actes qu'il est d'usage qu'un adolescent accomplisse seul est aujourd'hui débattue.

Nationalité. — À partir de 16 ans, le mineur effectue lui-même, sans autorisation de ses représentants légaux, les demandes et déclarations en vue d'acquérir ou de perdre la nationalité française[23].

---

19. Art. 61-3 et 311-23 c. civ. pour le changement de nom, art. 60 c. civ. pour le changement de prénom, art. 345 et 360 c. civ. pour l'adoption.
20. Art. 13 Code des caisses d'épargne.
21. Art. 904 c. civ.
22. Art. 389-3 et 450 c. civ.
23. Art. 17-3 c. civ.

Sexualité et santé de l'adolescent. — Le domaine de la sexualité et de la santé est sans doute celui dans lequel l'autonomie de l'adolescent s'est le plus développée, au point que l'on a pu parler de « pré majorité sanitaire ».

Les mineurs ont un libre accès à la contraception et au dépistage des maladies sexuellement transmissibles sans autorisation, ni même information parentale[24].

Pour l'IVG d'une mineure, le consentement parental est en principe requis, mais la loi du 4 juillet 2001 a prévu le cas où la jeune femme ne voudrait pas informer ses parents de sa situation, et le cas où ceux-ci, informés, s'opposeraient à l'intervention. Désormais, l'IVG peut alors être pratiquée sans autorisation des représentants légaux. Il suffit que la mineure soit accompagnée d'une personne adulte de son choix[25].

En matière de soins, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a introduit une disposition calquée sur celle qui vient d'être exposée à propos de l'IVG[26] : elle permet à un mineur qui souhaite garder le secret à l'égard de ses parents de bénéficier des traitements ou de l'intervention qui s'imposent pour sauvegarder sa santé. Le médecin sollicité doit dans un premier temps essayer de convaincre le mineur d'informer ses parents. En cas de refus, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention, le mineur se faisant accompagner d'une personne de son choix. Cette disposition, introduite à la demande du Conseil national du sida, tend à éviter qu'un adolescent se prive des soins nécessaires plutôt que d'informer ses parents. Elle constitue cependant un recul important, et peut-être inquiétant, de l'autorité parentale en privant les parents de la possibilité de protéger leur enfant dans des circonstances où il aurait particulièrement besoin de cette protection.

Le même texte prévoit, par ailleurs, que le consentement du mineur suffit pour l'obtention de soins lorsqu'il s'agit d'un adolescent dont les liens de famille sont rompus et qui bénéficie à titre personnel de la couverture maladie universelle.

Exercice des responsabilités parentales. — Lorsque le mineur est lui-même parent, il est naturel qu'il exerce seul les responsabilités qui en découlent. Il peut effectuer seul une reconnaissance d'enfant. Il exerce lui-même l'autorité sur son enfant[27], une assistance éducative pouvant être mise en place en cas de besoin. La jeune mère agit seule en recherche de paternité ou à fins de subsides[28] au nom de son enfant.

---

24. Art. L. 2311-4 et L. 2311-5 CSP.
25. Art. L. 2212-7 CSP.
26. Art. L. 1111-5 CSP.
27. Le mineur parent reste pourtant soumis à l'autorité de ses propres parents pour ce qui le concerne : le fait d'être parent, contrairement au mariage (qui n'est désormais possible que sur dérogation pour les mineurs), n'émancipe pas.

Demande d'assistance éducative. — Le mineur qui s'estime en danger, quel que soit son âge, peut saisir lui-même le juge des enfants, sans aucune représentation ou autorisation, pour solliciter une mesure de protection[29].

L'ADOLESCENT EN SITUATION DE DANGER

Il est de la responsabilité de l'autorité publique d'assurer la protection et la prise en charge des difficultés des mineurs en danger ou qui sont victimes de maltraitances, quelles qu'en soient les manifestations et l'origine. L'adolescent bénéficie à ce titre des dispositifs de protection administrative et judiciaire de l'enfance. Sa protection est également assurée par les dispositions pénales applicables aux infractions commises contre les mineurs[30].

Son âge expose toutefois l'adolescent à des périls spécifiques ou qui supposent une prise en charge particulière : délinquance, parfois de nature sexuelle, toxicomanie, troubles psychiatriques, ces divers tableaux se superposant bien souvent.

LA DÉLINQUANCE

Évolution des politiques en matière de délinquance des mineurs

Depuis le Code pénal de 1810, un statut pénal particulier est réservé aux mineurs délinquants. Sous le Second Empire, la loi s'est crispée sur une approche du mineur délinquant envisagé essentiellement comme un mineur dangereux pour la société qui l'entoure. Mais à partir de la IIIe République, l'idée que le mineur délinquant est aussi un mineur en danger et que le traitement de la délinquance des mineurs doit être spécifique, tant dans la procédure mise en œuvre que dans la réponse apportée, va progressivement s'imposer.

Ordonnance du 2 février 1945. — Le texte phare en matière d'enfance délinquante est l'ordonnance du 2 février 1945, qui a introduit le juge des enfants et consacré l'idée du primat de l'action éducative : le mineur délinquant est considéré avant tout comme un mineur en danger, qui doit bénéficier de mesures éducatives déterminées par le juge à partir d'un

28. Art. 328, 342 et 342-6 c. civ.
29. Art. 375 et s., c. civ. Pour de plus amples développements sur l'assistance éducative, *cf. Enfance et psychopathologie.*
30. Sur la protection de l'enfance et les dispositions applicables aux infractions commises sur des mineurs, *cf. Enfance et psychopathologie.*

examen préalable de sa personnalité et de sa situation personnelle, familiale et sociale. La phase d'investigation préalable à la décision est une étape essentielle de la procédure concernant les mineurs. La sanction n'est envisagée qu'à titre subsidiaire. Ce texte demeure en vigueur, mais il a été substantiellement modifié au cours des cinquante-deux réformes subies, et tout particulièrement ces dernières années, en raison d'un accroissement et d'un durcissement inquiétants de la délinquance des mineurs, qui devient une délinquance territorialisée, une délinquance d'exclusion.

Politique de la ville. — Les années 80-90 furent celles du développement d'une politique de la ville cherchant à endiguer le phénomène par la prévention et la mise en œuvre d'une réponse systématique et rapide à chaque acte de délinquance. Le rôle des parquets fut renforcé, notamment dans la prévention de la délinquance, et un arsenal de mesures alternatives aux poursuites mis à leur disposition[31].

Évolution contemporaine vers un durcissement de la réponse pénale. — Cette politique ne suffira pas à endiguer l'accroissement de la délinquance juvénile. Le débat public s'empare du phénomène : la sécurité est le thème central de la campagne électorale de 2002 et la délinquance des mineurs y occupe une place importante. L'approche essentiellement éducative de l'ordonnance de 1945 est accusée d'avoir favorisé un sentiment d'impunité et d'irresponsabilité chez les jeunes délinquants. Un rapport remis au Sénat en 2002[32] est particulièrement sévère à l'égard du système de protection judiciaire de la jeunesse qui tend à aligner la prise en charge des enfants délinquants sur celle des enfants en assistance éducative. Le débat se focalise notamment sur la place à accorder à la sanction et à la contrainte. Des voix s'élèvent pour demander que l'on dépasse l'opposition, jugée stérile, entre éducation et répression, au nom de l'idée que la sanction peut aussi avoir une vertu éducative. C'est ce qu'essaie de traduire la notion de « sanction éducative » introduite par la loi du 9 septembre 2002, dite loi Perben I, qui inaugure une période de frénésie législative en la matière.

Ce texte a fixé les grandes lignes du nouveau droit pénal applicable aux mineurs délinquants. Il introduit la possibilité de détention provisoire pour

---

31. Il s'agit de mesures qui constituent des intermédiaires entre le classement pur et simple des affaires et le renvoi devant une juridiction de jugement : médiation pénale, injonction thérapeutique, classement sous condition, mesures de réparation, etc. Ces mesures reposent sur une adhésion du jeune après reconnaissance des faits. Le respect de la mesure permet d'éviter le jugement (*cf. infra*, procédure applicable aux mineurs délinquants).

32. Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs présidée par J.P. Schosteck, déposé au Sénat le 27 juin 2002 *La République en quête de respect* (disponible sur le site du Sénat) soulignant le fait que « la délinquance des mineurs est un défi majeur posé à la société française d'aujourd'hui ».

les mineurs dès 13 ans, la procédure de comparution à délai rapproché[33] pour ceux qui sont déjà connus de la justice, les sanctions éducatives applicables à partir de 10 ans et les centres éducatifs fermés.

La loi du 5 mars 2007 de prévention de la délinquance et la loi du 10 août 2007 de lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs accentuent la tendance répressive en limitant le jeu de l'atténuation de la responsabilité des mineurs (*cf. infra*) et en instaurant des « peines plancher » en cas de récidive légale.

Prévention de la délinquance. — La loi du 5 mars 2007 met l'accent sur la politique de prévention de la délinquance, notamment des mineurs, supposée avoir failli en raison d'un manque de cohérence des interventions éducatives, sociales et médico-sociales. Elle associe désormais explicitement le Conseil général et l'Éducation nationale à cette mission. Elle organise la mise en réseau des différents acteurs du champ social et médico-social et autorise les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ou d'une même famille à partager des informations à caractère secret afin d'évaluer la situation, de déterminer les mesures d'action sociale nécessaires et de les mettre en œuvre[34]. Cette disposition inquiète nombre de professionnels en ce que, contrairement à ce qui est prévu en matière de protection de l'enfance[35], le texte ne limite pas explicitement les possibilités d'échange aux seuls professionnels eux-mêmes astreints au secret, il ne prévoit pas l'information préalable des intéressés et il autorise le partage dans une finalité mal définie[36]. Le maire devient le pivot de la politique de prévention de la délinquance : il l'anime et la coordonne et pour ce faire, il est informé, à sa demande, de toutes les infractions commises sur le territoire de sa commune et de la réponse judiciaire qui y est apportée. Il se voit aussi confier des prérogatives en matière de surveillance de l'assiduité scolaire[37]. Il est investi du pouvoir de « rappeler à l'ordre » les fauteurs de troubles[38]. Surtout, tout professionnel de l'action sociale qui « constate que l'aggravation des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille appelle l'intervention de plusieurs professionnels » doit en informer le maire et le président du Conseil général, les dispositions pénales protectrices du secret professionnel étant alors écar-

---

33. Devenue « procédure de présentation immédiate devant la juridiction des mineurs » avec la loi du 5 mars 2007 de prévention de la délinquance.
34. Art. L 121-6-2, al.5, CASF.
35. Art. L 226-2-2 CASF, loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
36. La finalité autorisée – évaluer la situation et déterminer et mettre en œuvre les mesures d'action sociale nécessaires – ouvre théoriquement la porte à des échanges qui ne seraient pas menés dans l'intérêt de la famille ou de l'adolescent concerné, mais dans celui de la collectivité puisque l'action sociale a aussi une dimension d'intérêt collectif.
37. Art. L. 131-6 c. éduc. (Code de l'éducation).
38. Art. L. 2212-1 CGCT (Code général des collectivités territoriales).

tées. Lorsqu'une personne ou une famille en difficulté bénéficie déjà de l'intervention de plusieurs professionnels, le maire désigne un « travailleur social pivot » chargé de coordonner les interventions. La loi autorise le professionnel intervenant seul ou le coordonnateur « à révéler au maire et au président du Conseil général les informations confidentielles strictement nécessaires à l'exercice de leurs compétences[39] ». Cette disposition est vivement contestée par les travailleurs sociaux en ce qu'elle remet en cause le secret professionnel en travail social sans qu'aucune situation de danger et encore moins de délinquance, ne soit encore nécessairement caractérisée. La loi crée enfin le « conseil pour les droits et les devoirs des familles » et « l'accompagnement parental », dispositions destinées à conforter l'exercice des responsabilités parentales dans les familles jugées trop peu « contenantes », notamment au regard de l'assiduité scolaire de leurs enfants[40].

Ce texte devra être articulé avec les dispositions relatives à l'enfance en danger, réformées le même jour[41]. L'orientation revendiquée est de mieux distinguer enfance en danger et enfance délinquante, le conseil général étant chargé de la première, le maire et la protection judiciaire de la jeunesse de la seconde.

Valeur constitutionnelle des principes gouvernant le droit pénal des mineurs. — Saisi au sujet de la loi Perben I, le Conseil constitutionnel[42] a conféré une valeur constitutionnelle aux principes gouvernant le droit pénal des mineurs reconnus par l'ordonnance du 2 février 1945 : principes de primauté de l'action éducative et d'atténuation de la responsabilité pénale des mineurs en fonction de leur âge, et principe selon lequel doivent être mises en œuvre des procédures appropriées confiées à des juridictions spécialisées afin de permettre une connaissance approfondie de la personnalité du mineur avant son jugement. Ces principes s'imposent donc au législateur et ont pesé, notamment, sur la rédaction de la loi du 10 août 2007 de lutte contre la récidive en imposant de préserver un certain pouvoir d'appréciation du juge.

La minorité constitue tantôt une cause d'irresponsabilité pénale, soustrayant le mineur à toute sanction pénale, tantôt une cause d'atténuation de la responsabilité pénale, produisant des effets sur la nature ou le quantum des sanctions encourues. Le discernement est le critère de distinction consacré.

39. Art. L. 121-6-2 CASF.
40. Pour de plus amples informations sur le contrôle de l'exercice de l'autorité parentale et l'encadrement des familles jugées défaillantes, *cf. Enfance et psychopathologie.*
41. Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ; pour de plus amples informations, *cf. Enfance et psychopathologie.*
42. Cons. const., 29 août 2002.

Responsabilité pénale des mineurs

Principe de responsabilité pénale des mineurs. — Selon la loi, « Les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits et contraventions dont ils ont été reconnus coupables »[43]. En principe, les mineurs encourent donc la responsabilité pénale de toutes les infractions commises, des plus graves – les crimes – jusqu'aux plus légères – les contraventions.

Condition de discernement. — Cependant, le législateur pose une condition sine qua non à leur responsabilité, le discernement, qui a été défini dans un arrêt célèbre[44] comme le fait d'agir avec intelligence et volonté[45]. Le discernement est en effet, classiquement, considéré comme le critère de la capacité pénale, c'est-à-dire de l'aptitude à profiter de la sanction à laquelle est attachée une fonction de prévention. En l'absence de discernement, le mineur est pénalement irresponsable et le droit pénal ne peut jouer aucun rôle à son égard car la personne privée de discernement lui échappe totalement. Si, au contraire, le discernement est constaté, le mineur n'est pas soumis au régime commun applicable aux adultes. Sa minorité constitue une cause d'atténuation de la responsabilité pénale.

La minorité, cause d'atténuation de la responsabilité pénale[46]. — L'ancienne excuse de minorité a disparu, mais elle a été remplacée par un système d'atténuation de la responsabilité pénale, reposant sur des seuils d'âge, qui y ressemble fort. L'atténuation produit un double effet : elle détermine la nature des mesures, ainsi que la gravité des peines.

Nature des mesures. — La loi prévoit trois types de mesures applicables aux mineurs : les mesures éducatives[47], qui ne constituent pas des sanctions,

---

43. Art. 122-8 c. pén.
44. Arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation, 13 décembre 1956, Ladoube.
45. Pour imputer l'infraction à un mineur, le juge doit constater que l'enfant a compris et voulu l'acte. Le même critère est utilisé par le législateur pour définir la responsabilité des personnes souffrant d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou simplement altéré leur discernement (art. 122-1 c. pén.)
46. Toutes les dispositions évoquées sous cette rubrique sont intégrées à l'ordonnance du 2 février 1945.
47. Exemples de mesures éducatives (art. 15 et 16 Ord. 1945) : remise à parents, placement en institution ou établissement d'éducation ou de formation professionnelle ou en établissement médical ou médico-pédagogique habilité, remise au service de l'aide sociale à l'enfance, placement dans un internat scolaire, mesure d'activité de jour…

les peines et les sanctions éducatives[48], catégorie hybride des deux précédentes introduite par la loi Perben I.

En deçà de 10 ans, les mineurs capables de discernement ne peuvent faire l'objet que de mesures éducatives décidées par le juge des enfants ou le tribunal pour enfants.

Les mineurs de 10 à 13 ans font normalement l'objet de mesures éducatives. Depuis la loi Perben I, ils peuvent aussi faire l'objet de sanctions éducatives, mais jamais de peines.

Les mineurs de plus de 13 ans font, eux-aussi, normalement l'objet de mesures éducatives. Cependant, le tribunal pour enfants peut prononcer une sanction éducative, et même une peine aboutissant à une véritable condamnation pénale lorsque les circonstances de l'infraction et la personnalité du mineur l'exigent. Certaines peines ne peuvent jamais être prononcées contre des mineurs, comme la peine d'interdiction du territoire, les jours-amendes, l'interdiction de droits civiques ou civils ou d'exercer une fonction publique. La peine d'emprisonnement, en revanche, n'est pas exclue.

Gravité des peines. — Lorsque le mineur est âgé de moins de 16 ans, il bénéficie obligatoirement de l'atténuation de sa peine. Le quantum de la peine encourue est égal à la moitié du quantum de la peine encourue par un majeur, qu'il s'agisse des peines privatives de liberté ou des amendes. Lorsqu'il s'agit d'une peine de réclusion criminelle à perpétuité, le maximum encouru est de vingt ans de réclusion.

Les mineurs de 16 à 18 ans peuvent bénéficier de l'atténuation de la peine encourue, mais elle constitue une simple faculté pour les magistrats qui peuvent l'écarter en tenant compte des circonstances de l'espèce et de la personnalité du jeune délinquant. La loi du 5 mars 2007 de prévention de la délinquance permet la suppression de l'atténuation de la peine sans motivation spéciale en cas de récidive légale[49] de certaines infractions contre les personnes

48. Exemples de sanctions éducatives (art. 15-1 Ord. 1945) : confiscation d'objet, interdiction de paraître en un lieu ou d'entrer en contact avec la victime ou les coauteurs de l'infraction, mesure d'aide ou de réparation, stage de formation civique… ; ou encore, introduites par la loi du 5 mars 2007 de prévention de la délinquance : exécution de travaux scolaires, placement en établissement scolaire doté d'un internat pour une année scolaire avec retour en famille en fin de semaine et pour les vacances, placement pour une durée d'un mois dans une institution ou un établissement d'éducation habilité permettant la mise en œuvre d'un travail psychologique, éducatif ou social sur les faits commis…

49. La récidive légale suppose que l'intéressé a déjà été condamné définitivement pour une infraction de même nature ou appartenant à la même catégorie précisée par la loi (art. 132-8 à 132-16-6 c. pén.). Exemple : il y a récidive légale lorsqu'une personne ayant déjà été condamnée pour un vol commet, dans les cinq ans, le même délit ou un délit assimilé au regard des règles de la récidive (extorsion, chantage, escroquerie, abus de confiance). La peine encourue est alors doublée. Lorsque le délinquant commet une nouvelle infraction sans que les conditions de la récidive légale soient réunies, on parle de réitération et non de récidive.

traduisant une violence volontaire. La loi du 10 août 2007 « renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs » prévoit même une suppression automatique en cas de multi récidives, en réservant toutefois la possibilité pour les juges de maintenir l'atténuation par décision spécialement motivée[50]. Les « peines plancher » prévues en cas de récidive ou de multi récidives sont applicables aux mineurs, mais sont elles aussi, en principe, réduites de moitié par rapport aux peines minimales applicables aux majeurs[51].

L'exécution des peines privatives de liberté obéit à un régime carcéral spécial et plus souple dans des quartiers ou des établissements pénitentiaires réservés aux mineurs.

Procédure applicable aux mineurs délinquants

La justice pénale des mineurs obéit au principe essentiel de spécialisation : les juridictions des mineurs sont spécifiques[52]. La procédure est centrée sur le juge des enfants afin de favoriser une bonne connaissance du jeune délinquant et de son environnement. Le mineur doit obligatoirement être assisté d'un avocat, éventuellement commis d'office.

Constatation et poursuite de l'infraction. — La constatation de l'infraction fait l'objet d'un procès-verbal dressé par les services de police ou de gendarmerie, puis transmis au procureur (en pratique, au substitut chargé des mineurs). Celui-ci apprécie l'opportunité de poursuivre ou de classer sans suite.

Mesures alternatives aux poursuites. — Dans le cas de petite délinquance, le procureur ou son substitut peut toutefois proposer des mesures alternatives aux poursuites[53] afin de donner une chance au mineur d'échapper au circuit pénal traditionnel, long et lourd, sans pour autant laisser l'acte délictueux sans réponse[54]. L'objectif de ces mesures est de favoriser la réparation du dommage causé à la victime et de contribuer au reclassement de l'auteur des faits. Elles supposent l'adhésion du mineur. Ses parents doivent être associés à leur exécution et leur accord est nécessaire

---

50. Art. 20-2 Ord. 1945, réd. loi du 10 août 2007.
51. Art. 132-18-1 et 132-19-1 c. pén. et art. 20-2, al. 1, Ord. 1945, réd. loi du 10 août 2007. Pour respecter le principe d'individualisation des peines, le texte prévoit que le juge peut écarter ces peines planchers à certaines conditions très strictes, identiques pour les majeurs et les mineurs.
52. Pour les infractions les moins graves – les contraventions des quatre premières classes (infractions au Code de la route notamment) – la procédure est cependant la même que pour un majeur, devant la juridiction ordinaire, le tribunal de police.
53. Art. 41-1 c. proc. pén.
54. En 2005, dans 44 % des affaires susceptibles de poursuites, le parquet a préféré proposer des mesures alternatives aux poursuites, essentiellement rappel à la loi et réparations.

pour certaines d'entre elles. Les principales mesures alternatives susceptibles d'être proposées sont le rappel à la loi, l'orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle, l'injonction thérapeutique en cas d'utilisation habituelle de stupéfiants, le stage de formation civique, la réparation (réparation directe à l'égard de la victime ou réparation dans l'intérêt de la collectivité).

Composition pénale. — Depuis la loi du 5 mars 2007, le procureur peut aussi proposer une composition pénale aux mineurs à partir de 13 ans : il offre au délinquant qui reconnaît sa culpabilité d'exécuter une ou plusieurs obligations[55] – notamment celle d'indemniser la victime – en échange de l'extinction des poursuites pénales. Il s'agit d'une forme de transaction entre le parquet et le délinquant, ce qui explique qu'elle n'était pas, jusqu'à présent, ouverte aux mineurs. La composition pénale est toutefois soumise à l'accord des représentants légaux du mineur et à validation du juge des enfants.

Procédures courtes. — Lorsqu'il décide de poursuivre, le procureur doit en principe ouvrir une instruction, obligatoire pour les mineurs afin que la décision prise soit éclairée sur la personnalité du délinquant et son environnement. Il existe pourtant des procédures dérogatoires, notamment la procédure de présentation immédiate devant la juridiction pour mineurs[56] qui permet au procureur de saisir directement le tribunal des enfants pour juger rapidement les mineurs récidivistes dont la situation personnelle a déjà été évaluée récemment.

Instruction. — Contrairement aux principes habituels de la procédure pénale qui imposent une séparation des fonctions d'instruction et de jugement, l'instruction est en principe confiée au juge des enfants. Le procureur peut toutefois saisir un juge d'instruction spécialisé pour les mineurs en raison de la complexité de l'enquête à mener.

L'instruction porte sur les faits, mais aussi sur la personnalité du mineur et son environnement familial. Le juge peut ordonner à cet effet des enquêtes sociales et des expertises psychologiques, médicales, psychiatriques, ainsi qu'une mesure d'investigation et d'orientation éducative qui peut durer quelques mois et tend à réaliser un bilan pluridisciplinaire de la situation du jeune.

Pendant la durée de l'instruction, le mineur peut bénéficier de mesures éducatives provisoires, notamment de placement. Il peut aussi, à certaines conditions, être placé sous contrôle judiciaire[57], incluant éventuellement un placement en centre éducatif fermé. Il peut enfin, à partir de 13 ans et à

55. Art. 7-2 Ord. 2 févr. 1945, réd. loi du 5 mars 2007.
56. Art. 14-2 Ord. 2 févr. 1945.
57. Art. 138 c. proc. pén. et art. 10-2 Ord. 2 févr. 1945.

certaines conditions, notamment en cas de fugue d'un centre éducatif fermé, être placé en détention provisoire[58].

À l'issue de l'instruction, le mineur est renvoyé, s'il y a lieu, devant la formation de jugement, dont la nature varie selon la gravité de l'infraction et la réponse pénale envisagée.

Jugement. Délit et contravention de 5e classe. — En principe, lorsque le juge des enfants estime que seule une mesure éducative doit être prononcée, il statue lui-même, en chambre du conseil. Lorsqu'il estime, en revanche, que l'infraction appelle une peine ou une sanction éducative, il doit obligatoirement faire juger l'affaire par le tribunal des enfants, qu'il préside.

Depuis la loi Perben I, si le délit commis est passible d'au moins sept ans d'emprisonnement et si le mineur a 16 ans révolus, le juge des enfants doit cependant obligatoirement réunir le tribunal des enfants.

Crime. — En cas de crime, le tribunal pour enfants est compétent pour les mineurs jusqu'à 16 ans, la cour d'assises des mineurs, statuant à huis clos, pour les mineurs entre 16 et 18 ans.

Application des peines. — C'est encore le juge des enfants qui exerce cette mission de suivi de l'exécution des peines prononcées.

Protection judiciaire de la jeunesse

Missions de la PJJ. — À tous les stades de la procédure et de la prise en charge du jeune, la justice des mineurs s'appuie sur les services de la Protection judiciaire de la jeunesse dépendant du ministère de la Justice. La PJJ a théoriquement vocation à intervenir tant en matière d'assistance éducative (mise en œuvre de mesure d'assistance éducative en milieu ouvert, de placement ou de tout autre mesure intermédiaire en faveur du mineur en danger) qu'au titre de l'ordonnance de 1945 (mineur délinquant), mais les réformes successives recentrent progressivement ses missions sur le pénal, la mission de protection de l'enfant en danger incombant de plus en plus prioritairement aux services d'aide sociale à l'enfance des départements.

La PJJ exerce ses missions soit directement, soit par l'intermédiaire du secteur associatif habilité dont elle assure le contrôle.

La PJJ est chargée de diverses mesures d'investigation (enquêtes sociales, mesures d'investigation et d'orientation éducative) ordonnées par le juge en vue d'éclairer ses décisions.

S'agissant des mineurs délinquants, elle assure le suivi des mesures éducatives et des sanctions prononcées par le juge. Des éducateurs de la PJJ

---

58. Art. 137 à 137-4, 144 et 145 c. proc. pén. et art. 11 Ord. 2 févr. 1945.

interviennent en principe dans les quartiers ou établissements pénitentiaires pour mineurs. La PJJ accueille aussi dans ses établissements les mineurs et jeunes majeurs qui lui sont confiés par le juge.

Centres éducatifs renforcés et centres de placement immédiat. — L'évolution préoccupante de la délinquance des mineurs a conduit le législateur à diversifier les types d'établissements destinés à accueillir les mineurs délinquants, qu'ils relèvent de la PJJ ou du secteur associatif habilité : à côté des traditionnels foyers d'action éducative se sont développés à partir de 1999 les centres éducatifs renforcés destinés à proposer une solution de rupture à des adolescents engagés dans un processus de délinquance affirmé ou d'exclusion sociale et de marginalisation, centres fonctionnant sur la base de programmes d'activités intensives par sessions de plusieurs mois et bénéficiant d'un encadrement éducatif renforcé, et les centres de placement immédiat, qui répondent au besoin d'accueil en urgence des jeunes délinquants violents ou récidivistes, souvent en alternative à l'incarcération.

Centres éducatifs fermés. — Le législateur a enfin créé en 2002[59] les centres éducatifs fermés, destinés à accueillir à partir de 13 ans des mineurs multirécidivistes, ayant commis une infraction passible d'emprisonnement, placés sous contrôle judiciaire dans le cadre d'une instruction ou bénéficiant d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'une libération conditionnelle. Il ne s'agit pas, contrairement à ce que leur nom pourrait laisser penser, d'établissements pénitentiaires pour mineurs : les mineurs accueillis sont, par hypothèse, maintenus en liberté par décision du juge. Mais ils sont soumis aux contraintes imposées par le contrôle judiciaire, la mise à l'épreuve ou la libération conditionnelle – contraintes dont la violation peut être sanctionnée par l'incarcération, même si la pratique en est rare, contrairement à l'esprit initial dans lequel les CED avaient été créés. Les jeunes ne peuvent sortir non accompagnés du centre sans être considérés comme fugueurs. À l'issue d'une période de bilan de la situation de chaque jeune placé, le centre doit mettre en place un projet éducatif individualisé transmis au juge. Le jeune bénéficie d'une prise en charge intensive – apprentissages et scolarité, santé physique et psychologique, sport – puis d'une aide à l'élaboration d'un projet d'insertion sociale et professionnelle. Les centres éducatifs fermés semblent avoir obtenu des résultats relativement satisfaisants dans la lutte contre la récidive, mais le point faible reste le relais à la sortie. Par ailleurs, on s'interroge sur la légitimité du choix opéré eu égard au coût de fonctionnement extrêmement important de ces structures qui ne profitent qu'à un nombre limité de mineurs, coût qui obère la possibilité de financer d'autres types d'interventions.

---

59. Loi Perben I du 9 septembre 2002, art. 33 Ord. 2 févr. 1945.

LA DÉLINQUANCE SEXUELLE

La délinquance sexuelle n'est pas l'apanage des adultes. Les mineurs y prennent une part non négligeable. Ils peuvent se rendre coupables de délit d'agression sexuelle, voire de crime de viol. En revanche, les atteintes sexuelles sans violence sur mineur de quinze ans ne sont pénalement répréhensibles que si elles sont commises par un majeur[60].

La réponse pénale aux infractions sexuelles commises par des mineurs obéit aux principes évoqués précédemment. La nature sexuelle de l'infraction appelle toutefois, comme pour les majeurs, des réponses complémentaires spécifiques pour prévenir la récidive, particulièrement redoutée en raison des caractéristiques psychiques couramment rencontrées chez cette catégorie de délinquants. Le délinquant sexuel, même s'il est pénalement responsable de ses actes, est souvent victime de troubles psychiatriques conduisant à envisager un suivi médical et psychologique, qui peut intervenir dans des cadres juridiques forts différents.

Suivi médical et psychologique pendant la détention. — Depuis 1994[61], la loi prévoit que les délinquants sexuels effectuent leur peine dans un établissement pénitentiaire permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté, suivi qui repose toujours, pendant la détention, sur l'adhésion volontaire du prisonnier[62].

Injonction de soins dans le cadre du dispositif pénal de droit commun. — Une obligation de soins peut être prononcée, selon les règles de droit commun non spécifiques à la délinquance sexuelle, soit au stade de l'instruction dans le cadre d'un contrôle judiciaire évitant le placement du délinquant en détention provisoire, soit au stade du jugement dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, soit au stade de l'exécution de la peine, notamment pour l'octroi d'une libération conditionnelle ou d'une semi-liberté[63]. Le juge peut à tout moment ordonner les expertises nécessaires en vue d'éclairer sa décision. Si le suivi médical n'est jamais contraint, le non-respect de l'obligation est susceptible d'être sanctionné par la détention de l'intéressé puisqu'il s'agit d'une solution alternative à cette détention. Mais dans ce

---

60. Art. 227-25 du Code pénal. Il en va de même pour le fait d'organiser des exhibitions sexuelles auxquelles participe ou assiste un mineur (Art. 227-22, al. 2 du Code pénal).
61. Loi du 1er février 1994, art. 718, al. 2, c. proc. pén.
62. L'article 721-1 du code de procédure pénale prévoit toutefois que le détenu qui refuse les soins proposés pendant l'incarcération n'est pas considéré comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale. Il ne peut donc en principe bénéficier de la réduction supplémentaire de peine prévue par ce texte.
63. Art. 138, 10°, c. proc. pén. pour le contrôle judiciaire, et art. 132-45, 3°, c. pén. pour le sursis avec mise à l'épreuve, art. D. 138 et D 536 c. proc. pén. pour la semi-liberté et la libération conditionnelle.

cadre, les modalités d'organisation de la mesure ne garantissent guère la qualité de la collaboration médecin / juge, donc l'efficacité de la lutte contre la récidive[64].

Suivi socio-judiciaire[65]. — Le dispositif classique n'étant pas suffisant pour garantir l'absence de récidive, la loi du 17 juin 1998, dite Loi Guigou, a introduit dans l'arsenal pénal une nouvelle réponse, le suivi socio-judiciaire, applicable aux auteurs – mineurs comme majeurs – d'une infraction de nature sexuelle, quelle qu'en soit la gravité[66]. Il s'agit d'une peine susceptible d'être prononcée par la juridiction de jugement, complétant ou non une peine d'emprisonnement. Elle oblige le condamné à se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive. Le suivi est mis en œuvre sous le contrôle du juge de l'application des peines – du juge des enfants pour les mineurs – pendant un temps déterminé par la décision initiale, dans les limites prévues par la loi. Lorsqu'il complète une peine d'emprisonnement, il intervient à la sortie de prison du condamné. Le non-respect des obligations est sanctionné par une peine d'emprisonnement dont la durée est également fixée dans la condamnation initiale. Le contenu et la durée du suivi socio-judiciaire peuvent être modifiés par le juge de l'application des peines ou le juge des enfants pendant son exécution. Les mesures susceptibles d'être prononcées dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire sont diverses : il peut s'agir, outre l'injonction de soins, de diverses mesures de surveillance, d'interdiction d'entrer en contact avec certaines personnes, de fréquenter certains lieux…

Injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judicaire[67]. — Le suivi socio-judicaire peut notamment comprendre une injonction de soins, mesure complexe puisqu'elle introduit une dimension de contrainte, voire même de sanction[68], dans une démarche thérapeutique. Le législateur a mis en place un dispositif garantissant autant que possible le respect des principes qui commandent toute relation de soins : liberté de choix du praticien par le patient, liberté de choix du traitement par le médecin, respect du secret professionnel.

---

64. A la différence de ce que prévoit la loi pour l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, l'expertise préalable concluant à l'utilité d'un traitement n'est pas obligatoire, il n'y a pas de désignation d'un médecin coordonnateur, l'information du juge sur les dysfonctionnements du suivi n'est pas prévue…
65. Art. 131-36-1 et s. c. pén. ; art. 763-1 et s. c. proc. pén.
66. Art. 222-23 à 222-32 c. pén. pour les agressions sexuelles, 227-22 à 227-24 c. pén. pour les infractions en matière de pornographie et de corruption de mineur. Le suivi socio-judiciaire est également applicable à d'autres infractions volontaires.
67. Art. L. 3711-1 à L 3711-5 CSP (loi du 17 juin 1998) et art. R. 3711-1 à R 3711-24 CSP (décret du 18 mai 2000).
68. L'injonction de soins n'est certes pas en elle-même une sanction, mais elle s'inscrit ici dans un ensemble de mesures, le suivi socio-judiciaire, qui constitue légalement une peine.

L'injonction de soins ne peut être ordonnée, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, que si une expertise médicale préalable établit que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Le juge doit informer l'intéressé du fait que la mise en œuvre du traitement est soumise à son consentement, mais qu'un refus ou un non-respect de l'injonction, s'analysant en un non-respect du suivi socio-judiciaire, peut conduire à l'emprisonnement prévu par la décision de condamnation initiale[69].

Le déroulement de la mesure est placé sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur désigné par le juge. Ce médecin rencontre périodiquement la personne condamnée pour réaliser un bilan de la situation. Il joue un rôle de référent à l'égard du médecin traitant et de relais entre celui-ci et le juge, qu'il informe des éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.

Le condamné choisit librement son médecin traitant sur invitation du médecin coordonnateur. Si le médecin pressenti ne présente pas les garanties nécessaires, le coordonnateur invite le patient à en choisir un autre, les désaccords persistants étant tranchés par le juge. Lorsque le condamné est mineur, ce sont les parents exerçant l'autorité qui font le choix, à défaut ou en cas de désaccord ou de carence, le juge[70]. L'accord du mineur doit toutefois être recherché.

Le médecin traitant délivre à son patient des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de lui permettre de justifier du respect de la mesure auprès du juge. Le médecin est autorisé à informer lui-même le juge de l'interruption du suivi, sans encourir les sanctions de la violation du secret professionnel. Il n'y est toutefois pas tenu. Il peut aussi informer le médecin coordonnateur des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du traitement, à charge pour ce dernier d'en avertir à son tour le juge si cette information est utile pour le contrôle de l'injonction de soins.

Le médecin coordonnateur peut prescrire à la personne condamnée, dans les mêmes conditions, un suivi psychologique en complément ou à la place du suivi médical.

LA TOXICOMANIE

Un adolescent qui fait usage de stupéfiants est, au regard du droit, à la fois un mineur en danger et un mineur délinquant, relevant à ce titre des disposi-

---

69. Le juge de l'application des peines ou le juge des enfants dispose toutefois d'un pouvoir d'appréciation sur ce point (art. 763-5 c. proc. pén.).
70. Juge des tutelles en l'absence de parents exerçant l'autorité, juge des affaires familiales en cas de désaccord entre les parents sur le choix du médecin traitant, juge des enfants en cas de carence parentale…

tifs juridiques de protection de l'enfant en danger et de l'ordonnance de 1945.

Par ailleurs, il est soumis, au même titre qu'un majeur, aux règles particulières applicables à l'usage illicite de stupéfiants résultant de la loi du 31 décembre 1970, modifiée en dernier lieu par la loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance. Ces textes abordent l'usager de drogues à la fois comme un malade et comme un délinquant, de telle sorte que la lutte contre la toxicomanie présente à la fois un volet curatif et un volet répressif, placés sous la double tutelle des autorités sanitaires et judiciaires.

Traitement de la toxicomanie[71]**.** — Le traitement de la toxicomanie de l'adolescent, comme de l'adulte, peut être soit volontaire, soit accepté, soit imposé par l'autorité judiciaire.

Traitement volontaire[72]**.** — En se présentant spontanément dans un dispensaire ou un établissement de santé afin d'y être traité, éventuellement de façon anonyme, le jeune toxicomane échappe au risque de poursuites judiciaires. Ce traitement est soumis aux règles ordinaires commandant tout soin dispensé à un mineur, notamment au regard des prérogatives d'autorité parentale[73].

Traitement accepté[74]**.** — Le jeune toxicomane qui se voit proposer un traitement par un médecin peut le refuser. Si c'est le cas, la loi autorise le médecin concerné à signaler la situation à la DDASS en vue d'une prise en charge médicale après examen et enquête sur la situation de l'intéressé. L'autorité sanitaire peut alors, selon les besoins, enjoindre le toxicomane de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale. Le non-respect de cette injonction n'est pas sanctionné, mais le fait de s'y soumettre permet au toxicomane d'échapper aux poursuites pénales.

Traitement obligatoire[75]**.** — Il ne peut intervenir que sur décision judiciaire dans le cadre d'une procédure pénale. L'injonction thérapeutique peut être prononcée à tous les stades de la procédure c'est-à-dire par le procureur au titre des mesures alternatives aux poursuites, par le juge des enfants ou le juge d'instruction au stade de l'instruction ou, enfin, par la juridiction de jugement à titre de peine complémentaire ou de modalité d'un sursis avec

---

71. Le régime de la prise en charge sanitaire des toxicomanes est prévu par les articles L. 3411-1 et s. CSP.
72. Art. L. 3414-1 CSP.
73. Pour de plus amples développements sur les prérogatives parentales en matière de santé du mineur, *cf. Enfance et psychopathologie.*
74. Art. L. 3412-1 et s. CSP
75. Art.L. 3413-1 à L. 3413-4 et art. L. 3423-1 à L. 3425-2 CSP, réd. loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance.

mise à l'épreuve. Dans ces différents cas, l'autorité judiciaire informe les services de la DDASS de la mesure d'injonction. L'intéressé est alors examiné par un médecin relais qui émet un avis sur l'opportunité médicale de la mesure. Si la dépendance physique ou psychologique est constatée, le médecin relais, chargé de définir les modalités de mise en œuvre de la mesure et d'en contrôler le suivi, invite le toxicomane à se présenter auprès d'un centre spécialisé de soins ou d'un médecin de son choix en vue d'un traitement ou d'une surveillance médicale. Dès le début de la prise en charge, le patient adresse au médecin relais un certificat médical précisant les éléments essentiels de celle-ci. Le médecin relais informe l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation de l'intéressé et de tout incident ou interruption de traitement.

Le non-respect de l'injonction thérapeutique délivrée par l'autorité judiciaire fait l'objet de sanctions, variables selon le cadre dans lequel elle a été prononcée. Il n'est évidemment pas question de traitement forcé.

Stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des stupéfiants. — C'est une nouvelle mesure introduite par la loi du 5 mars 2007 et susceptible d'être prononcée à titre de peine complémentaire pour les infractions liées à l'usage de stupéfiants[76].

LES TROUBLES DE COMPORTEMENT ET LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Les adolescents atteints de troubles psychiatriques peuvent bénéficier d'un traitement médical dans les conditions ordinaires de toute intervention médicale sur un mineur.

Hospitalisation. — L'hospitalisation d'un mineur en établissement psychiatrique et sa sortie sont demandées par les parents exerçant l'autorité parentale, ou, pour les mineurs en tutelle, par le conseil de famille ou par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles[77]. Un éventuel désaccord entre les parents exerçant l'autorité peut être tranché par le juge aux affaires familiales. Un mineur peut être hospitalisé d'office – mais pas à la demande d'un tiers puisqu'il est soumis à l'autorité parentale – dans les mêmes conditions qu'un majeur lorsque ses troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public[78].

76. Art. L. 3421-1, al. 2 CSP.
77. Art. L. 3211-10 CSP.
78. Art. L. 3213-1 et s. CSP.

Mesures de protection spécifiques. — Il arrive qu'un mineur atteint de troubles psychiques ou de troubles graves du comportement soit présenté au juge des enfants, soit au titre de l'assistance éducative, soit au titre de l'enfance délinquante. Outre les mesures de protection habituelles, le juge des enfants peut ordonner le placement du mineur en établissement de soins spécialisés[79]. Ce pouvoir du juge est parfois vécu par les soignants comme un empiètement injustifié sur les prérogatives médicales, ce qui a justifié une précision des conditions de ce placement lorsqu'il intervient au titre de l'assistance éducative : le placement ne peut être ordonné qu'après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée de quinze jours maximum, la mesure ne pouvant être renouvelée qu'après avis conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable. Ces conditions ne sont pas applicables au placement au titre de l'enfance délinquante.

Adolescents conjuguant des difficultés multiples. — L'augmentation du nombre d'adolescents en grande difficulté, associant souvent troubles psychiatriques, délinquance, toxicomanie et marginalisation sociale et familiale, est un phénomène inquiétant. Les établissements sanitaires ou éducatifs classiques sont souvent inadaptés à leur prise en charge. On voit ainsi se développer une catégorie de jeunes qualifiés « d'incasables » en raison de la complexité des problématiques présentées et à propos desquels les juges des enfants et les services d'aide sociale à l'enfance sont démunis. Des partenariats et des réseaux se tissent entre les diverses institutions concernées pour proposer une prise en charge plus souple et plus adaptée que celle des établissements médico-sociaux classiques[80]. La loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance tente aussi de répondre à ces besoins en favorisant le développement d'un accueil spécialisé, familial ou dans des établissements et services à caractère expérimental, qui peuvent conjuguer, par exemple, hébergement, accompagnement socio-éducatif et prise en charge thérapeutique[81].

79. Art. 375-3, 5° et 375-9 c. civ. pour les mesures de placement prises au titre de l'assistance éducative (mineur en danger) et art. 15, 3° et 16, 3°, Ord. 4 févr. 1945 pour les mesures prises au titre de l'enfance délinquante.
80. Voir, sur les jeunes en difficultés multiples, le rapport 2006 de l'Observatoire national de l'enfance en danger (disponible sur le site de l'ONED).
81. Art. L. 222-5 et L. 312-1, I, 12° CASF.

SITUATIONS PARTICULIÈRES : INCESTES, AGRESSIONS SEXUELLES ET PROSTITUTION

INCESTE ET ABUS SEXUEL

Dans ce paragraphe nous aborderons exclusivement le problème de l'inceste et de l'abus sexuel au moment de l'adolescence. Pour ce qui concerne la définition, l'évaluation de la fréquence et la situation de l'enfant le lecteur est prié de se reporter à *Enfance et psychopathologie*.

En outre, nous nous centrerons sur la dimension psychologique et psychopathologique (pour la dimension somatique et juridique voir : *Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente*, Salomon et coll., chapitre : Sévices sexuels, Doin éd., 1993).

Sur l'ensemble des mineurs impliqués dans des problèmes d'inceste ou d'abus sexuel, environ 50 % concernent des adolescents. Cependant, les situations sont très différentes selon que :

– l'abus sexuel a commencé dès l'enfance et s'est arrêté ; se prolonge à l'adolescence ; commence au moment de la puberté (12-13 ans) ; commence après l'installation de la puberté (15-16 ans) ;

– l'abus sexuel est commis par un proche connu de la victime ou par un étranger ;

– l'abus sexuel est unique (agression sexuelle) ou se répète (inceste).

En outre, à l'adolescence le sujet peut être lui-même l'agresseur sexuel.

Épidémiologie et caractéristiques générales. — Selon Wilkins et coll. (J.Y. Frappier, 1985), 10 % des adolescentes reconnaissent avoir subi « une forme d'abus sexuel ». 63 % des adolescentes déclarent avoir subi une pénétration vaginale, 21 % des attouchements et 16 % racontent des histoires imprécises. Dans 60 % des cas la force et la menace ont été utilisées. Pour M. Rouyer et D. Girodet (1993), une fille sur huit et un garçon sur dix sont victimes avant l'âge de 18 ans d'abus sexuel. Ces auteurs soulignent cependant l'existence d'une définition parfois très extensive du terme « abus sexuel » mais aussi la grande prudence nécessaire dans le maniement de ces chiffres.

Dans la tranche d'âge 16-21 ans au Royaume Uni, 18 % des femmes et 7 % des hommes relatent une histoire d'« abus sexuel » au sens large (I. Kelly et coll., 1991).

Si les adolescentes arrivent à révéler les agressions sexuelles dont elles sont les victimes, il est exceptionnel que les garçons, à l'adolescence, puissent révéler ces mêmes agressions : le poids de la honte doublée d'une crainte sur l'identité sexuée (crainte de l'adolescent lui-même ou projetée sur

les autres : peur d'être traité comme homosexuel) impose le silence à l'adolescent. Souvent ces faits seront dévoilés quand l'adolescent lui-même devient auteur d'agressions sexuelles, ou se livre à la prostitution homosexuelle (voir p. 602). Dans la suite de ce paragraphe nous parlerons uniquement des filles.

L'inceste est le plus fréquent des abus sexuels, **inceste père-fille ou beau-père-fille.** Il est habituel de décrire d'un côté l'inceste « séduction » qui se réalise dans un contexte de relative douceur et tendresse et l'« inceste contrainte » où le climat de violence domine. Dans l'un et l'autre cas, victime et agresseur sont rapidement ligotés par le poids du secret ce dont l'adolescente aura beaucoup de difficultés à se dégager. Récemment l'attention s'est portée sur les distorsions des interactions familiales quand existe une situation d'inceste. Ainsi pour M. Rouyer et D. Girodet (1993), « ces familles ont des caractéristiques communes :

– les mêmes drames se reproduisent souvent sur plusieurs générations ;
– il existe un dysfonctionnement familial important ;
– l'enfant n'est pas reconnu comme sujet ».

Outre les conditions habituellement décrites (absence régulière de la mère, alcoolisme du père, etc.) certaines circonstances semblent favoriser la survenue d'« abus sexuels intrafamiliaux », en particulier quand existe la nécessité d'un rapprochement parents-adolescente : ainsi dans l'enquête épidémiologique de J.C. Suris et coll. (1994) sur les adolescents porteurs de maladies chroniques, il semble que les antécédents d'abus sexuel étaient deux fois plus fréquents chez les filles malades chroniques que chez les témoins filles et sept fois plus fréquents chez les garçons malades chroniques que chez les garçons témoins.

Dans le cas des **agressions sexuelles extrafamiliales,** il est habituel que l'adolescente commence par taire l'agression, en particulier si elle est le fait des pairs ou de quasi-pairs (viol ou agression sexuelle au cours de soirée, sortie nocturne, etc.). Si, à l'évidence, la dynamique et la problématique familiale ne sont pas impliquées de la même manière que dans la situation de l'inceste, en revanche le rapport de l'adolescente à son corps propre et à sa sexualité peut présenter des difficultés analogues (voir ci-dessous).

Principales manifestations cliniques

La révélation. — Si, en général, les enfants taisent la relation incestueuse subie, les adolescentes la révèlent plus volontiers, même s'il leur arrive aussi de la taire. Elles en parlent volontiers à un adulte proche de la famille ou à une amie de leur âge, parfois à leur mère mais d'autant moins souvent qu'elles ont essayé de leur en parler dans l'enfance et que ces révélations n'ont pas été « entendues ». Les motifs de cette révélation peuvent être la crainte d'une grossesse, le besoin de protéger une jeune sœur, le désir

d'avoir des relations sexuelles avec un petit ami, la pression ou le soutien du petit ami, la découverte que cette relation incestueuse n'est pas « normale » contrairement à ce que prétend régulièrement l'adulte agresseur.

Si cette révélation est en soi une conduite positive, il n'est pas rare néanmoins qu'elle place l'adolescente en position d'« accusée » (être la fautrice des troubles, responsable des menaces sociales qui désormais pèsent sur la famille, etc.) et qu'elle accentue secondairement le poids de la culpabilité. Ainsi ces adolescentes qui ont « transgressé » la loi opaque du silence, ont-elles besoin d'un soutien empathique, voire parfois d'une psychothérapie.

L'expression déplacée de la souffrance. — Certaines conduites bruyantes qui apparaissent de façon soudaine à l'adolescence peuvent constituer la révélation indirecte des relations incestueuses. Citons les tentatives de suicide, les fugues, les conduites anorexiques ou l'anorexie mentale typique, les consommations de produit (alcool), les conduites toxicomaniaques. Quand ces conduites surviennent en concomitance avec la transformation pubertaire et qu'on ne retrouve pas les indices de risques habituels, il est nécessaire d'envisager l'éventualité de sévices sexuels et en particulier d'inceste.

Des manifestations sexuelles inappropriées peuvent également constituer un révélateur indirect : **conduites sexuelles chaotiques** (parfois associées aux fugues), prostitution. Parfois la survenue d'une **grossesse** peut « révéler » la relation incestueuse, le géniteur n'étant pas nécessairement l'auteur de l'inceste. Cependant il est habituel que l'adolescente garde secret le nom du géniteur (voir paragraphe : Grossesse à l'adolescence, chap. 7).

L'expression psychique de la souffrance. — Ces manifestations sont très fréquentes :

– troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, cauchemars ;

– troubles anxieux et phobiques (peur de sortir dans la rue, peur de rester seule à la maison, etc.) ;

– troubles de la série dépressive, dévalorisation, sentiment de culpabilité, d'indignité, idée de mort, etc. ;

– difficultés d'investissement sublimatoire marquées par l'échec scolaire. Toutefois, certaines adolescentes utilisent l'investissement scolaire comme une possibilité de fuite du milieu familial (choix d'une orientation impliquant un internat).

Les manifestations symptomatiques à distance. — Contrairement à ce qui a parfois été dit, les troubles psychologiques à distance ne sont pas rares même s'il est difficile de disposer d'évaluation précise en ce domaine. Citons en particulier :

– la difficulté à s'engager dans une relation affective de confiance, avec un sentiment de dévalorisation, de honte ;

– les difficultés dans la sexualité ultérieure avec frigidité, dyspareunie, anorgasmie ;

– la difficulté à assumer une fonction parentale satisfaisante : ainsi certaines mères conservent une crainte envahissante pour les relations entre leur enfant et leur conjoint ;

– l'engagement dans la prostitution serait une éventualité non exceptionnelle, certains auteurs retrouveraient chez les trois quarts des femmes prostituées des antécédents d'abus sexuels intra- ou extrafamiliaux (cité par P. Ferrari et coll., 1994).

Dans un certain nombre de cas, des pathologies psychiatriques patentes s'observent : dépression grave ou pathologie limite, plus rarement pathologie psychotique.

Approches psychodynamiques. — Un lien honteux et secret ligote l'adolescente et l'acteur des sévices sexuels. Si cet acteur est le père ou le beau-père, ce lien s'est en général organisé dès l'enfance et marque d'une profonde ambivalence l'élaboration des images parentales intériorisées. L'émergence pubertaire va radicalement changer la nature de ces relations car elles prennent désormais un sens nouveau du fait de la maturité sexuelle mais aussi de l'excitation pubertaire qui envahit le corps comme le psychisme de l'adolescente. Cette excitation vient briser la relative protection assurée par l'immaturité et par le possible refuge dans la tendresse entre l'enfant et l'adulte du temps de la petite enfance.

Au plan conscient l'adolescente est envahie par une confusion des sentiments et des affects qui amplifient l'habituelle incertitude sur le vécu interne propre à cet âge. Cette confusion des affects peut entraver les processus de pensée réalisant une inhibition grave ou une pseudo-débilité. Le travail de désengagement du lien à l'objet œdipien direct ou indirect provoque normalement des oscillations d'affects et de représentation entre l'idéalisation et la dévalorisation : la réalité de la relation incestueuse accentue en général ce clivage entre des vécus et des représentations extrêmes. Ainsi l'adolescente éprouve-t-elle des moments de colère et de haine puis de culpabilité et de sollicitude, s'interdit de ressentir tendresse et amour car ces éprouvés redoublent sa culpabilité. Ce sentiment de culpabilité est constant chez les adolescents victimes de relations incestueuses. Il est encore amplifié par la poussée pulsionnelle pubertaire et l'excitation qui l'accompagne. En effet, si le corps de la fillette avait jusque-là subi la relation incestueuse dans une attitude de relative passivité, il est fréquent que la conjonction de la puberté et de la relation incestueuse éveille un éprouvé d'excitation : le corps prend ainsi le psychisme en otage suscitant désormais un affect de haine dirigé contre lui-même.

Au plan préconscient cette excitation nouvelle fait l'objet d'un intense travail psychodynamique de refoulement-déni ou de clivage afin de main-

tenir hors du champ de conscience cet intolérable éprouvé. Lorsque dominent les mécanismes de refoulement-déni la problématique de la culpabilité, de l'inhibition ou de la dépression est au premier plan. L'adolescente déclare « vouloir oublier » allant même jusqu'à dire qu'il ne s'est rien passé (attitude qui, bien entendu, rencontre souvent l'approbation familiale). Quand domine le mécanisme de clivage, l'excitation est déplacée sur d'autres scènes dans un registre comportemental (impulsivité, trouble du comportement, maîtrise anorexique) ou suscite des passages à l'acte dont le modèle reste la tentative de suicide. Dans d'autres cas, l'adolescente cherche à maîtriser ou à évacuer cette excitation ressentie comme sale et honteuse au travers d'une sexualité agie, elle aussi considérée comme sale et honteuse : sexualité chaotique, partenaires sexuels multiples, prostitution. Toujours cependant, le corps est l'objet de la haine et des attaques avec parfois une haine focalisée sur une partie du corps tels que les seins ou l'ensemble de la sexualité. Cette haine du corps et des signes de la puberté est encore plus grande quand la relation incestueuse survient juste au moment de la puberté. L'adolescente considère alors que son corps est le fautif qu'il convient d'attaquer et de punir. La situation est à peu près la même quand l'adolescente est victime d'une agression sexuelle : elle a tendance à sentir son corps comme le responsable de l'événement traumatique, même si, dans ce contexte, il lui est plus facile de diriger sa colère sur l'agresseur étranger.

Clivage et passage à l'acte sont ainsi renforcés dans la situation d'abus sexuel expliquant la fréquence des troubles comportementaux observés.

Au plan inconscient, ce qui est maintenu dans le domaine de l'ignoré ce sont les possibles motions libidinales teintées de plaisir qui ont parfois fugacement émergé pendant la relation incestueuse. L'adolescente éprouve toujours un mélange de colère, de honte et de haine à l'égard de cet éprouvé affectif qui un jour la surprend complètement autour de la période pubertaire. Il n'est pas rare que la symptomatologie patente apparaisse au décours de ce fugitif éprouvé affectif. Ultérieurement, dans l'« après-coup », tout éprouvé de plaisir risque d'être ressenti comme quelque chose d'impossible et de coupable empêchant une modulation possible de l'état d'excitation et son élaboration psychique. Les troubles de la sexualité sont fréquents chez les femmes qui ont, dans leur passé, subi des abus sexuels et en particulier une relation incestueuse.

Approche thérapeutique. — De nombreux professionnels sont impliqués dans le « traitement » des victimes d'agressions sexuelles et de l'inceste : travailleurs sociaux, services de police, juges des enfants et leurs collaborateurs, médecins somaticiens (gynécologues, pédiatres), psychiatres… Il est admis désormais que le « traitement » ne doit pas se limiter à une action isolée qu'elle soit sociale (par exemple : placer la mineure), juridique ou médicale. Une intervention concertée est dans l'idéal nécessaire. Seul sera

abordé ici le rôle du psychiatre ou psychologue confronté aux agressions sexuelles sur l'adolescente.

Rappelons que l'article 378, 4e alinéa du Code pénal relève le médecin de son obligation du secret professionnel, lorsqu'il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions de sévices ou de privations sur la personne de mineurs. De même, l'article 44 du Code de déontologie médicale stipule que « le médecin doit être le défenseur de l'enfant malade, lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé de celui-ci est mal compris ou mal servi par l'entourage ». Enfin le médecin est exposé à des poursuites pour non-assistance à personne en danger dans le cadre de l'article 62 alinéa 2 du Code pénal, si connaissant des faits de sévices ou privations sur mineurs, celui-ci n'agit pas pour protéger l'enfant ou l'adolescent.

La révélation au psychiatre. — Le psychiatre ou le psychologue est rarement le premier à être interpellé et informé. Cependant il peut l'être dans le cadre de consultations d'évaluation ou d'une relation de soin pour une autre raison (TS, anorexie, etc.). Précisons que les articles de loi rappelés ci-dessus ne font pas obligation de dévoiler immédiatement une histoire d'agression sexuelle. Pour autant la révélation de tels faits par l'adolescente au cours de consultation d'évaluation ou de psychothérapie impose au praticien la nécessité d'informer le mineur sur la gravité de ces faits, la nécessité de le mettre aussi rapidement que possible à l'abri d'une reproduction de ceux-ci, la nécessité de le soutenir activement pour qu'il puisse les faire connaître auprès des personnes recours (juge des enfants en particulier), voire lui proposer un accompagnement auprès de ces personnes.

L'objectif du psychiatre sera de ne pas ajouter au traumatisme initial un traumatisme secondaire soit par l'absence de réponse (accentuant ainsi la défiance de l'adolescente envers la passivité des adultes qu'elle peut ressentir comme une quasi-complicité) soit par l'impulsivité de la réponse (accentuant la dimension de passage à l'acte et risquant de faire subir à l'adolescente le traumatisme d'une révélation qu'elle n'est pas prête à assumer). Dans l'idéal, il s'agit de soutenir l'adolescente pour qu'elle puisse s'approprier une démarche active d'abord de protection d'elle-même puis, si cela est nécessaire, de dévoilement du secret en étant prête à affronter les conflits inéluctables (P. Alvin, 1994). Ce passage de la passivité subie à l'activité réfléchie est la seule à même de permettre à l'adolescente de devenir sujet de son histoire, quelque douloureuse qu'elle soit et pas simplement objet du désir, des intérêts ou de l'idéologie d'autrui. Il convient ainsi de distinguer entre la nécessaire et protectrice confidentialité de l'entretien, et d'un côté le poids de secrets qui seraient transférentiellement confiés à un adulte vite perçu comme un complice silencieux ou d'un autre côté une absence de limite avec un dévoilement intempestif interdisant tout espace protégé de parole et d'échange affectif.

Nous insisterons sur le fait que les fausses allégations sont rares pour ne pas dire exceptionnelles en particulier en cas d'abus sexuel intrafamilial. Elles n'existent que dans les situations de conflits familiaux patents en particulier après divorce quand il y a conflit intense entre parents sur les droits de garde et d'hébergement. Dans l'immense majorité des cas les adolescentes lorsqu'elles racontent des faits précis, doivent être crues.

Au plan pratique la séparation du milieu familial, surtout si elle est acceptée et assumée par l'adolescente est souvent bénéfique. Parfois celle-ci ne peut s'y résoudre soit en raison d'un vécu et/ou d'angoisse abandonnique soit pour protéger les sœurs cadettes ou le reste de la famille. Dans ces cas l'intervention des services de justice est indispensable.

La proposition de traitement psychologique auprès de l'adolescente. — Une psychothérapie de soutien, compréhensive et empathique est souvent nécessaire pour permettre à l'adolescente d'exprimer d'abord, de percevoir ensuite, la confusion de ses sentiments, d'énoncer son vécu de culpabilité et de honte, d'exprimer ses affects de colère, de haine, ses craintes présentes et à venir. Ce soutien empathique peut parfois être réalisé par un travailleur social, s'il est formé à ce type de travail.

Quant à la psychothérapie d'inspiration analytique, son engagement rapide au décours des faits n'est pas toujours possible ni souhaitable dans la mesure où de nombreuses adolescentes se protègent activement par des mécanismes de déni et de clivage et qu'elles peuvent développer une hostilité temporaire à l'égard de leur monde intrapsychique pour les raisons qui ont été évoquées dans le paragraphe précédent. Il faut permettre à l'adolescente de se reconstituer un cadre de vie satisfaisant et protecteur, de laisser la famille se restructurer peu à peu avant de pouvoir dans un temps second, aborder ces zones de souffrance et de conflit psychique.

Le traitement familial. — Il apparaît de plus en plus important de proposer aux parents un traitement qui les impliquent, dans la mesure où les distorsions d'interactions familiales sont quasi constantes et que les relations conjugales sont en général très détériorées. Cependant, une telle approche implique de la part de l'auteur des sévices sexuels une reconnaissance des faits ce qui est loin d'être le cas le plus fréquent : très souvent l'auteur des faits se fige dans un déni inébranlable voire dans une accusation de l'adolescente.

L'ADOLESCENT AGRESSEUR SEXUEL

L'adolescent peut être lui-même l'acteur d'agressions sexuelles sur un mineur ou un adulte. Selon M. Jacob (2000), entre 20 % et 30 % des violences sexuelles sur les femmes adultes et entre 40 % et 50 % des violences sexuelles

(au sens large, selon les auteurs nord-américains) commises sur des enfants le sont par des mineurs. Dans 95 % des cas, il s'agit de garçons. En France, les mineurs représentent 18 % des individus mis en cause pour harcelement sexuel et autres agressions sexuelles (N. Tricart, 1998). Dans une population d'agresseurs sexuels incarcérés, un tiers d'entre eux ont présenté des comportements délictueux mais non judiciarisés, dont la moitié était de même nature que le délit ultérieur ; dans la moitié de ces cas (actes délictueux non judiciarisés), les comportements sont apparus à l'adolescence et dans un sixième des cas dès l'enfance (A. Ciavaldini, 1997). Dans la même enquête, A. Ciavaldini retrouve en outre 35 % d'antécédents d'abus sexuel chez les agresseurs sexuels (adultes) tandis qu'il ne retrouve aucun antécédent d'abus sexuel dans le groupe des délinquants agresseurs non sexuels.

La victime est le plus souvent une fille plus jeune connue de l'agresseur : fillette voisine, enfant d'amis des parents, etc. Lorsque l'agresseur a été lui-même victime d'abus sexuel dans son enfance, la victime est plus volontiers un garçon. Enfin, lorsque la victime est soit une adolescente d'âge proche ou identique, soit une adulte, l'agression sexuelle est plus souvent commise en groupe, soit à l'occasion de « fête » en général avec consommations d'alcool, haschich, ectasy et autres produits, soit dans un contexte de harcèlement d'une victime perçue comme faible, incapable de se défendre et attirée/forcée dans un endroit retiré (cave, descente d'escalier, arrière-cour, etc.).

L'évaluation psychopathologique met en évidence des profils différents : tantôt dominent les traits d'impulsivité, le passage à l'acte, les conduites délinquantes dans un contexte de psychopathie. Parfois on retrouve des traits de perversité de type sadique. Ces éléments de personnalité sont d'autant plus fréquents que l'agression sexuelle est commise de façon isolée. En effet, dans le cas de viol collectif, les traits de personnalité des jeunes apparaissent moins saillants, de même que les problèmes familiaux.

Quant à **l'inceste frère-sœur** tout comme l'inceste père-fille, on décrit parfois une relation incestueuse dans un climat de soutien affectif ou même de relative tendresse mais plus souvent une relation dans un climat de violence et de contrainte. La famille se caractérise en général par son extrême rigidité, la pauvreté de relation sociale externe à la famille, une dimension de délaissement des enfants en particulier sur le plan affectif. Les deux enfants, agresseur comme victime doivent être considérés comme en danger et bénéficier de mesures thérapeutiques.

Environnement familial et social. — Les jeunes agresseurs sexuels sont souvent issus de familles perturbées. L'enfance a été marquée par des incohérences éducatives (père sévère, voire violent, mère laxiste et permissive à l'excès), une grande insécurité et instabilité (placements, hospitalisations, abandon ou plus encore délaissement parental précoce). Avec leurs pairs, ces adolescents ont de grandes difficultés à maintenir des relations stables et

durables (M. Jacob, 2000). Les relations interpersonnelles sont décrites comme peu satisfaisantes, les conflits avec les pairs sont fréquents.

Prise en charge. — Elle est réputée être particulièrement difficile. En effet, ces adolescents (et souvent aussi leurs parents) consultent rarement de façon volontaire. La plupart des traitements sont initiés à la faveur d'une intervention judiciaire. Il est donc nécessaire qu'il existe dès le départ de la prise en charge un partage clair des responsabilités et des objectifs de l'équipe thérapeutique, des représentants de la justice et de l'adolescent lui-même. Le niveau d'élaboration des conflits et du passagre à l'acte sexuel reste souvent rudimentaire pour ne pas dire inexistant. La projection, y compris sur la victime qui est souvent perçue comme quasiment responsable par la dimension d'excitation dont l'accuse le jeune aggresseur, empêche fréquemment tout mouvement d'intériorisation et d'élaboration de la culpabilité. Toutefois, il serait dangereux de trop généraliser car on rencontre aussi de jeunes aggresseurs capables de s'impliquer sincèrement dans un travail psychothérapeutique fructueux. Dans tous les cas, une approche en petit groupe est souvent prônée, surtout dans les pays nord-américains. À notre connaissance, ce type de prise en charge est peu developpé en France.

LA PROSTITUTION DES MINEURS

La prostitution hétérosexuelle. — Elle concerne quasi exclusivement des filles. Sauf rares exceptions il s'agit d'un problème socio-économique et non psychopathologique, du moins pour ce qui concerne l'entrée dans la prostitution, en particulier dans certains pays du tiers monde. Il est tout aussi évident que les conséquences psychologiques peuvent être graves conduisant à des comportements mettant en cause la santé mentale (effondrement dépressif, TS, prise d'alcool ou de drogue).

Si un soutien psychologique individuel est nécessaire pour aider une jeune femme à quitter cet enfermement, le traitement « en amont » est d'abord politique, social et économique.

Dans de rares cas la prostitution peut répondre à un état psychopathologique particulier dont le plus fréquent est l'obtention de revenus pour se fournir en drogue chez les jeunes toxicomanes. Cependant, ce comportement qui accompagne en général une toxicomanie avérée et fixée commence plutôt vers 20-25 ans qu'à l'adolescence proprement dite. Plus rarement pour l'adolescente la prostitution s'inscrit dans un contexte psychotique. Elle correspond alors soit à une sorte d'attaque du corps et de la sexualité tenue pour « responsable » de l'effondrement psychique, soit à un manque de limite corporelle. Dans quelques cas l'adolescente a subi dans son passé des rela-

tions sexuelles incestueuses : la prostitution est une manière d'attaquer à la fois son corps et le lien incestueux.

La prostitution homosexuelle. — Elle concerne presque uniquement les garçons. Si parfois il s'agit selon Lebovici et Kreisler, d'un mode d'entrée dans la psychose ou encore plus rarement d'une conduite de lutte contre l'anxiété chronique, dans la grande majorité des cas, les garçons qui s'adonnent à l'homosexualité vénale présentent des traits de carences affectives et d'abandonnisme (C. Gauthier-Hamon et R. Teboul, 1988; A.R. Markos et coll., 1994) : ils ont souffert de séparations multiples, ont vécu dans des familles conflictuelles et dissociées, ont vécu ou subi des relations de violence intrafamiliale et souvent aussi des abus sexuels commis par un parent ou un proche. La carence paternelle est habituelle. Ces garçons présentent des traits dépressifs souvent importants, ils consomment assez régulièrement de l'alcool ou de la drogue, sont en échec ou en rupture scolaire. Les fugues sont des antécédents fréquents. La quête affective est habituelle.

Au plan social dans la majorité des cas les garçons prostitués sont issus de milieux défavorisés mais cela n'est pas constant en particulier pour certains qui se prostituent occasionnellement avec un projet financier précis. Cependant, ils sont en général désinsérés sur le plan social, scolaire et parfois relationnel.

Les gains tirés de l'exercice vénal de la sexualité sont souvent dilapidés, ou donnés.

La majorité des auteurs note que l'orientation sexuelle de ces adolescents ne se fait pas toujours vers l'homosexualité exclusive, même si celle-ci semble une évolution fréquente.

L'ensemble des remarques précédentes montre que ces adolescents sont souvent incapables d'acquérir et de conserver des attitudes cohérentes de protection contre les MST et le sida, d'où la fréquence de ces pathologies.

L'analyse psychopathologique. — Elle met en évidence des aménagements de type pervers psychopathique ou « limite » résultant souvent d'une problématique dépressive non surmontée. Dans quelques cas une pathologie psychotique a pu être évoquée.

C. Gauthier-Hamon et R. Teboul (1988) analysent le rapport entre le pédophile et le mineur. Du côté des pédophiles, ceux-ci présentent un passé fort semblable : biographie mouvementée où les ruptures, les absences, les disparitions, les pertes s'accumulent. Les mères ont souvent un profil de personnes inaccessibles ou rejetantes, les pères sont absents ou violents quand ils sont présents. Le voyeurisme est un élément fréquent de leur histoire. Ils racontent souvent une initiation sexuelle précoce par un adulte. Le pédophile met toujours en avant le rapport « pédagogique » avec le jeune garçon et la relation de tendresse qu'il établit. Bien évidemment la confrontation des deux « histoires », celle du pédophile et du mineur, montre

l'importance de la relation narcissique, véritable miroir spéculaire tendu de l'un à l'autre. Elle explique aussi le rôle d'étayage que cette relation semble fournir à l'un comme à l'autre. D'une certaine manière l'acte de fellation beaucoup plus fréquent que l'acte de sodomie s'inscrit dans cette relation dominée par le fantasme d'une « mère nourricière dotée d'un sein-pénis gratifiant ».

L'abord thérapeutique de ces mineurs est extrêmement difficile dans la mesure où ils n'ont pas de demande de soin et où l'adulte pédophile les en dissuade et leur procure des avantages matériels. Un abord purement judiciaire aboutit souvent au même échec. Seule une action concertée, éducative, institutionnelle, judiciaire et psychothérapeutique peut permettre au mineur de renoncer à cette pratique et aux avantages matériels qui en découlent.

BIBLIOGRAPHIE

CIAVALDINI A. : Résultats généraux de l'étude française sur les « agresseurs sexuels ». *Psy. Fr.,* 1997, 4, 7-21.

GAUTHIER-HAMON C., TEBOUL R. : *Entre père et fils. La prostitution homosexuelle des garçons.* PUF, Paris, 1988, 1 vol.

JACOB M. : L'adolescent agresseur sexuel. *In* : *Médecine de l'Adolescent*, Alvin P., Marcelli D. Masson, Paris, 2005, 261-264.

ALVIN P., LEVY-LEBLOND E. : L'inceste : le secret des secrets. *Nervure*, 1994, *7*, 2, 16-24.

FERRARI P. : Enfant victime d'abus sexuel. *In : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Flammarion éd., Paris, 1993, 1 vol., 279-282.

FRAPPIER J.Y., GAGNE R., LALONDE S. : Les agressions sexuelles envers les adolescentes. *In : Médecine de l'adolescence*. J. Wilkins éd., Hôpital Sainte-Justine éd., Montréal, 1985, 1 vol.

GLASER D. : Sexual abuse. *In : Medecine in adolescence*. Ch. Brook, E. Arnold ed., London, 1993, 1 vol., chap. 19, 232-242.

LEWIN F., PETROFF E. : Sévices sexuels chez l'enfant et l'adolescente. *In : Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente*, Salomon Y., Thibaud E., Rappaport R., Doin éd., Paris, 1993, 1 vol, chap. 7, 135-148.

MARKOS A.R., WADE A.H., WALZMAN M. : The adolescent male prostitute and sexually transmitted diseases, HIV and AIDS. *J. of Adolescence*, 1994, *17*, 123-130.

ROUYER M., GIRODET D. : Abus sexuel. *In : L'enfant maltraité*, Strauss P., Manciaux M., Fleurus éd., Paris, 1993, chap. 7, 233-262.

SURIS J.C., RESNICK M.D., BLUM R.W. : Sexuality and sexual behavior among youth with chronic illness : a comparison among those with visible and non visible conditions. *Pediatrics*, 1994, sous presse.

TRICARD N. : Protection des mineurs. *Adolescence,* 1998, 16, 1, 219-222.

21 PRÉVENTION ET ACCUEIL

LA PRÉVENTION À L'ADOLESCENCE

Toutes les enquêtes épidémiologiques sur la population adolescente mettent en évidence la fréquence des manifestations symptomatiques qu'elles soient à expression somatique (céphalée, fatigue, plaintes hypocondriaques diverses, troubles du sommeil, des conduites alimentaires, etc.), affectives (tristesse, crise de larmes, idées de mort, etc.), comportementales (repliement, impulsivité, fugue, etc.) à versant social (vol, délinquance, fléchissement ou rupture scolaire, consommation de produit, etc.). L'entretien avec un adolescent révèle fréquemment des signes d'anxiété, de « mal-être », de perception négative de soi ou de sa famille…

De telles constatations peuvent conduire à deux sortes d'excès aussi néfastes l'un que l'autre. D'un côté cette accumulation de « problèmes » peut conduire à une attitude passive de temporisation et d'estompage : c'est la « crise d'adolescence », il suffit d'être patient et de laisser passer le temps ! On sait que si incontestablement, une telle position se justifie dans un nombre conséquent de cas, elle risque aussi d'enfermer certains adolescents dans des attitudes, des systèmes de pensées, des défenses psychiques de plus en plus pathologiques et de plus en plus rigides. En effet, l'expérience clinique le montre régulièrement, lorsque l'individu échoue dans le « travail psychique de l'adolescence » c'est-à-dire essentiellement dans le travail d'intégration psychique de la nouvelle maturité sexuelle du corps et des modifications relationnelles aux autres que cette transformation implique, cet échec est lourd de conséquences pour l'équilibre psychique et relationnel du futur adulte. L'enfermement durable dans des systèmes de pensées et des représentations psychiques pathologiques est habituel.

À l'opposé, intervenir dès le premier signe de malaise chez un adolescent, développer des stratégies de soins importantes pour des conduites mineures

(un fléchissement scolaire transformé aussitôt en certitude d'échec et conduisant à la psychothérapie, une ivresse ou un « joint » fumé aboutissant à la qualification d'alcoolique, de toxicomane et conduisant à une consultation spécialisée, etc.) présentent des risques évidents. Le risque économique d'abord : nous n'avons pas les moyens et nous ne les aurons certainement jamais de « soigner » toutes les manifestations de souffrances exprimées par chaque individu et particulièrement par chaque adolescent. Mais de façon encore plus importante, formuler des demandes de soins pour des manifestations qui risquent d'être transitoires et proposer en réponse des stratégies de soins lourdes risque de majorer l'angoisse de l'adolescent et d'avoir un effet paradoxal de « désignation » voire de stigmatisation en le poussant dans une stratégie de provocation ou d'identification négative.

Le chemin est donc étroit entre le risque de trop en faire et le risque de n'en pas faire assez, contraintes opposées entre lesquelles doit se situer la « prévention » à l'adolescence.

DÉFINITION DE LA PRÉVENTION

La prévention désigne l'ensemble des mesures ou des actions concernant l'individu ou son environnement, susceptibles d'empêcher l'apparition d'un état pathologique ultérieur ou d'en réduire l'intensité et les conséquences. On distingue classiquement :

– **la prévention primaire :** action au niveau de l'environnement et/ou de l'individu pour empêcher l'apparition des troubles ;

– **la prévention secondaire :** dépistage le plus précocement possible des troubles débutants afin d'éviter leur structuration sur un mode pathologique et action sur l'individu ou son environnement pour faire disparaître ou atténuer ces troubles ;

– **la prévention tertiaire :** action au niveau des troubles établis pour éviter la constitution de séquelles, l'aggravation ou l'apparition de complications secondaires, ou l'installation dans une pathologie fixée et chronique.

La notion de prévention est étroitement liée à celle de risque défini comme « la probabilité qu'un événement va survenir, c'est-à-dire qu'un individu va devenir malade ou va mourir, pendant une période donnée » (A. Tursz, 1993). On conçoit que l'action de prévention sera d'autant plus aisée à circonscrire que le risque est clairement identifié et que la « maladie » présente des traits caractéristiques aisément différentiables de la « normalité ».

De ce point de vue la notion de santé mentale en général, et celle de santé mentale de l'adolescent en particulier cumulent les ambiguïtés. S'il est assez facile de corréler le risque à une conduite particulière, il est plus aléatoire pour ne pas dire erroné de corréler une conduite à un état psychique précis (problème de la polysémie de toute conduite humaine) et plus encore à un état psychopathologique présent ou à venir. Cela est d'autant plus important

qu'en matière de santé mentale, il y a une tendance à confondre « risque », « conduite de risque », « prise de risque », ces divers niveaux étant tous négativement qualifiés. Nous reviendrons sur ce point à propos des notions d'individu à risque et de groupe à risque (voir p. 87, 613).

D'autre part, l'existence d'un « symptôme » ou d'un « problème » à l'adolescence n'implique pas, loin s'en faut, l'installation dans la pathologie. Comme pour certaines périodes de l'enfance on ira même jusqu'à considérer que l'absence de toute difficulté transitoire pourrait représenter le « symptôme » d'une adolescence impossible. Une prévention primaire, au plan de la santé mentale est probablement illusoire. En revanche, la prévention secondaire en réponse à des « difficultés » déjà présentes est certainement à développer.

PRÉVENTION SPÉCIFIQUE – PRÉVENTION GLOBALE

Face aux conduites déviantes ou à risque de l'adulte, il est habituel de répondre par une stratégie de **prévention spécifique**. C'est ainsi que se développent les campagnes de lutte contre l'alcoolisme (au volant, au travail, à la maison), la toxicomanie, les accidents de voiture, la vitesse, les maladies sexuellement transmissibles, le sida, etc.

Ces actions sont bien connues : elles bénéficient de ressources spécifiques (crédit, ligne budgétaire précise, etc.), de structures identifiées (agence, ligue de lutte contre, association, etc.). Elles s'adressent à une population repérée, sur des lieux particuliers. Elles font l'objet d'études et d'enquêtes sociologiques, épidémiologiques, financières (coût-efficacité), rétrospectives et prospectives donnant des informations précieuses et des résultats parfois probants (mais pas toujours).

Une telle prévention, ciblée, est-elle pertinente quand on s'adresse aux adolescents? À plusieurs reprises dans cet ouvrage nous avons eu l'occasion de montrer combien les symptômes sont, à cet âge, peu spécifiques, qu'il n'y a jamais une corrélation étroite entre une conduite et une pathologie particulière, qu'il fallait se garder d'un effet de désignation où la conduite isolée et l'état de la personne seraient confondus (un voleur, un délinquant, un toxicomane, un fugueur, etc.). Cela est d'autant plus vrai que l'adolescent est jeune.

Dans l'interaction avec son interlocuteur et son entourage, l'adolescent s'engage en entier, corps et âme pourrait-on dire. Cet engagement sous-tend aussi bien la santé mentale que des états de déviance. L'adolescent répond à la sollicitation de son monde psychique interne comme de son environnement sans sélection préalable et en mêlant « les genres » : ainsi il peut exprimer un malaise interne par un fléchissement ou un refus scolaire ou encore par des pensées sur la mort, une susceptibilité et une agressivité inhabituelle ; inversement dans le cadre d'une adolescence « normale » il peut fumer et boire pour rester au contact de ses pairs, s'investir dans la musique ou le sport et délaisser la scolarité…

Les enquêtes épidémiologiques sur les populations d'adolescents (*cf.* chap. 4) montrent à l'évidence la multiplicité et l'intrication des conduites déviantes : c'est leur cumul et leur diversité qui représentent les indices les plus pertinents de souffrance psychique et de risque d'organisation psychopathologique.

Pour ces raisons, il nous semble que seule une **prévention globale** prenant en compte l'ensemble des « difficultés de l'adolescent » a un sens. Dans la suite de ce chapitre lorsque nous parlerons de prévention, c'est donc de **prévention secondaire globale** qu'il sera question. Notons cependant que si un tel concept est en théorie admis, il n'est pas toujours facile à mettre en pratique car les sources financières de la prévention sont quant à elles, ciblées : chaque agence, ligue, association, a tendance à garder (jalousement) ses crédits pour ses « cibles ».

L'ADOLESCENT DANS SON CONTEXTE

Une prévention globale n'a de sens que si l'individu est resitué dans son contexte par rapport au temps et à l'espace. Les liens à l'enfance sont évidents : la prévention doit commencer dès l'enfance. De ce point de vue, il serait souhaitable de mieux connaître certains critères de risque pour mieux cibler la prévention : par exemple l'existence de troubles du sommeil importants et durables dans la petite enfance et l'enfance, représente un facteur de risque notable pour la survenue de « problèmes multiples » à l'adolescence.

Les liens à l'environnement sont tout aussi évidents. La prévention doit prendre en compte l'univers familial, socioculturel, mais aussi scolaire, relationnel (les pairs) de l'adolescent. L'analyse puis la prise en compte des caractéristiques sociales, culturelles, économiques du « quartier » dans lequel évolue l'adolescent représente souvent le premier stade d'une véritable politique de prévention à l'adolescence.

Il est bien évident que la prévention primaire n'est pas du ressort du clinicien. Mais d'une part, elle le concerne (par les retombées positives ou négatives qu'il est à même de percevoir sur les individus). D'autre part, il représente parmi d'autres un des intervenants auprès des adolescents en difficulté. En revanche, la prévention secondaire qu'elle soit ou non ciblée est corrélée à la définition des conduites de risques et des groupes à risques.

POUR UN REPÉRAGE DES RISQUES?

Une action de prévention repose nécessairement sur une définition du risque. Si la définition en termes épidémiologiques et statistiques apparaît simple (voir p. 87, 611), la réalité clinique est plus complexe. Il faut en effet distinguer :

– **le risque immédiat :** l'accident sportif ou l'accident de la voie publique ;

– **le risque différé :** le cancer du poumon chez le fumeur tabagique ;

– **le risque somatique :** le sida en cas de relation sexuelle contaminante ;

– **le risque psychopathologique :** la dépendance après la prise de produit…

Il est également nécessaire de préciser la nature du risque :

– augmentation de la morbidité et/ou de la mortalité ;

– augmentation de la prévalence d'un trait particulier compromettant l'adaptation sociale (par exemple, conduite de déscolarisation et son lien avec la probabilité de chômage) ;

– augmentation de l'incidence d'un état repéré comme psychopathologique (consommation excessive de divers produits conduisant à diverses addictions) ;

– corrélation avec l'apparition d'une pathologie mentale ultérieure (survenue plus fréquente de dépression et autre état pathologique chez les sujets ayant effectué une tentative de suicide).

Pour le clinicien et dans le domaine psychopathologique, la difficulté réside dans le danger d'une trop rapide corrélation entre une conduite extériorisée et un supposé état psychologique déviant. Il importe en particulier de distinguer les risques en terme d'adaptation sociale et ceux qui concernent la santé mentale, même si les chevauchements sont fréquents (par exemple, une mauvaise adaptation sociale s'accompagne fréquemment d'une mauvaise santé mentale, sans préjuger de ce qui est cause, conséquence ou interaction amplifiante). Une grande vigilance reste nécessaire pour ne pas confondre ces deux domaines.

À l'inverse, il est nécessaire de dénoncer une méconnaissance fréquente : celle qui est inhérente aux conduites de repli, d'inhibition, de désintérêt. Ces conduites en creux, en négatif restent longtemps inaperçues, ignorées des enquêtes et sondages ou méconnues des adultes alors même qu'elles paraissent de façon non exceptionnelles précéder l'apparition d'états psychopathologiques notables (dépression grave, état psychotique, etc.). Ces conduites « en négatif » devraient, au même titre que les conduites « bruyantes », être inscrites dans les « facteurs à risques » et faire l'objet d'une plus grande attention des adultes au contact d'adolescents.

LES CONDUITES À RISQUE

On peut considérer qu'il n'y a pas d'adolescence sans prise de risque ; d'ailleurs certains auteurs soulignent que « les comportements à risques procurent souvent du plaisir » (G. Beroud et A.C. Menetrey, 1993). Cependant, s'il est nécessaire de reconnaître le rôle positif de la prise de risque dans la société, il est aussi nécessaire de repérer chez certains individus un « style de vie » au sein duquel la prise de risque paraît être une composante principale. Ainsi convient-il d'opposer la conduite de risques comme recherche de limites et celle qui s'inscrit dans une recherche d'excès.

La conduite de risques comme recherche de limites. — L'adolescent est à la recherche d'expériences et/ou de limites. De nombreux comportements s'inscrivent dans cette logique. Parmi la population des adolescents la première réponse aux diverses enquêtes de motivation concernant une attitude particulière est souvent : « pour faire une expérience. » De ce point de vue, conduites de risques et rites initiatiques ne sont pas étrangers les uns aux autres. De même la recherche de limites est une composante essentielle de la « crise d'adolescence » dans son rapport avec le social (voir p. 38). C'est pour l'adolescent une manière de s'éprouver, de se connaître, d'« apprendre » des codes sociaux. Là encore le rapprochement avec les rites initiatiques est évident. Toutefois dans le cas des rites initiatiques, le risque, quand il existe, n'est jamais recherché pour lui-même : il est une composante d'une conduite dont la signification symbolique le transcende. Surtout une fois le rite initiatique accompli, la prise de risque ne se répète pas. La mort n'y est jamais posée comme un enjeu ou comme l'extrême de la prise de risque. Au contraire, dans le rite initiatique la prise de risque marque l'« entrée dans la vie adulte » et s'inscrit donc dans une logique de vie et d'espoir (P. Baudry, 1991). Ainsi convient-il de ne pas proposer des analogies hâtives car très différentes des rites initiatiques sont les prises de risques comme recherches d'excès caractérisées précisément par l'escalade et la répétition.

La conduite de risque comme recherche d'excès. — Le risque prend ici un sens différent : étayage d'une excitation menaçant le sujet de débordement, lutte contre un vécu de vide et d'ennui, recherche de sensations, projection de l'angoisse ou du malaise sur l'extérieur, etc.

Les diverses enquêtes épidémiologiques montrent combien certains jeunes s'inscrivent dans un « style de vie » fait d'excès : utiliser des moyens de transport peu sûrs sans respecter les règles (vitesse excessive, pas de casque, surcharge de passagers, etc.), boire jusqu'à l'ivresse, écouter de la musique à une intensité menaçant l'ouïe, avoir des relations sexuelles multiples sans protection, sortir en boîte jusqu'à des heures extrêmes, voler des objets de façon répétée, etc. Dans cette population, la motivation principale n'est plus de faire une expérience mais d'« aller jusqu'au bout » de « rechercher la défonce », véritable clinique de l'excès. Entre 5 à 10 % d'adolescents se situent dans cette logique, ce qui représente un pourcentage important de la population.

On peut considérer que **« la conduite ordalique »** (A. Charles-Nicolas, 1984) correspond à ce modèle : besoin et quête de régénération, la conduite ordalique consiste à s'en remettre à une puissance extrême et absolue qui décide de l'issue d'un comportement à risque où la mort est l'enjeu sinon explicite du moins implicite. Cette recherche d'excès s'accompagne d'une recherche constante de sensation et produit un inévitable processus de répétition et d'escalade. Nous sommes là dans la problématique de la dépendance et des addictions. Dans ce domaine, l'échelle de recherche de sensations (Zuckerman A., traduction française : S. Carton et coll., 1990) reconnue, validée en français

est un instrument d'évaluation utile qui permet au sein d'une dimension de la personnalité, de retrouver ces éléments (voir chap. 8 et 9).

Cette recherche d'excès et de sensation s'inscrit d'emblée dans une perspective transnosographique comme le montrent bien les exemples de l'anorexie mentale ou de la boulimie : dans l'un et l'autre cas c'est toujours l'excès qui est recherché avec une constance transgression de la limite. C'est pourquoi ces pathologies ont pu être rapprochées des conduites addictives (voir chap. 6).

LES GROUPES À RISQUES

Toutes les enquêtes épidémiologiques montrent régulièrement le rôle de certains facteurs : la grande pauvreté socio-économique, la désorganisation sociale (en particulier chômage prolongé des parents), la pathologie mentale des parents (dépression et tentative de suicide en particulier), l'absence durable ou la disparition du père, la mésentente familiale chronique et la violence répétée, etc.

Ces facteurs semblent avoir un poids d'autant plus important qu'il s'agit chez l'adolescent d'une pathologie à versant externalisé ou agi. Cependant, on les retrouve aussi pour des états tels que la dépression.

Dans le chapitre « épidémiologie des conduites » nous avons proposé à partir des travaux de M. Choquet et coll. une description de divers groupes à risques au sein de la population « adolescents tout venant » (voir chap. 4).

Nous ne reviendrons pas sur le danger de désignation et surtout de stigmatisation individuelle et sociale inhérent à la définition de tels « groupes à risques ». Cette définition n'a de sens que si elle permet d'affiner la qualité des actions de prévention et si elle conduit à une réflexion sur la politique de soin à adopter, en particulier en ce qui concerne l'accessibilité de ces groupes aux lieux d'écoute et/ou de soins.

Rappelons brièvement qu'on peut distinguer d'un point de vue épidémiologique :

– un groupe d'adolescents **« sans problèmes apparents »** qui représente environ 25 % des jeunes entre 16 et 18 ans ;

– un groupe **« à problèmes multiples »** : 10 % environ des adolescents entre 16 et 18 ans ;

– un groupe **« intermédiaire »** : 65 % des adolescents entre 16 et 18 ans.

On peut se reporter en page 82 pour la description de ces groupes.

QUAND S'INQUIÉTER

Qu'il s'agisse de conduites à risques ou de groupes à risques, les « clignotants » de risques ne sont pas tant qualitatifs (tel ou tel type de conduite) que quantitatifs. Ainsi doit-on prendre en considération :

– **la répétition** d'une conduite (plusieurs accidents de la voie publique impliquant fractures ou lésions graves ; comportements boulimiques répétés ; bagarres répétées ; absentéisme scolaire fréquent ; ivresses à plusieurs reprises ; etc.) ;

– **la durée** d'une même conduite pendant une période de plus de trois mois voire six mois ou plus ;

– **le cumul** des manifestations de souffrance et/ou de déviance avec l'apparition de nouvelles conduites s'ajoutant aux précédentes ;

– **les événements de vie** négatifs aussi bien pour l'adolescent lui-même que pour son proche environnement (déménagement, maladie ou accident des parents, chômage, etc.).

Lorsque des conduites symptomatiques se répètent, perdurent, s'associent entre elles et à des événements de vie négatifs, il est le plus souvent illusoire de croire que « le temps est le meilleur traitement » et qu'il suffit d'attendre. Au contraire on peut craindre soit une fixation dans un type de difficultés dont la répétition risque d'avoir un effet de désignation pour l'adolescent aboutissant à une pathologie comportementale fixée (un « toxicomane », une « boulimique », un « délinquant », etc.), soit une aggravation progressive avec un risque de décompensation dans un état psychopathologique patent (dépression grave, état limite, décompensation psychotique, etc.). Dans un cas comme dans l'autre, le processus d'adolescence risque d'être entravé, bloqué ou « avorté » c'est-à-dire interrompu dans une sorte d'adultisation de surface ouvrant aux pathologies du caractère.

Il importe donc de savoir repérer ces conduites à risques. Pour ce faire, il peut être intéressant de disposer de grilles d'analyse symptomatique permettant une évaluation quantitative et temporelle des difficultés. Cette méthodologie permet également de sensibiliser les adultes aux contacts d'adolescents en difficultés et de les aider à mieux faire le partage entre ceux pour lesquels une attitude d'écoute empathique apparaît suffisante et ceux pour lesquels une stratégie de soin plus importante doit rapidement être proposée.

ÉCOUTE ET ACCUEIL

Repérer des risques (groupes ou conduites) n'a de sens que si une réponse s'ensuit. À partir des trois groupes définis précédemment, avec toutes les réserves et précautions qu'un tel schématisme implique, on pourrait, en ce qui concerne la prévention, avancer les propositions suivantes :

– Le groupe « sans problème apparent » représente les adolescents pour lesquels la prévention est à peine justifiée sinon sous forme d'information. L'analyse discriminative et évolutive montre que les adolescents de ce groupe sont sensibles au cumul des événements de vie (voir p. 66) : c'est une information sur l'hygiène mentale en général qui peut leur être utile ainsi

qu'à leur famille. L'information sur les risques par l'intermédiaire des médias est probablement utile mais ses effets exacts sont très difficiles à mesurer.

– Le groupe « intermédiaire » témoigne de la vulnérabilité naturelle de l'adolescence. Si l'information est aussi souhaitable, elle n'est probablement pas suffisante. Pour ces adolescents, sans les considérer comme « potentiellement malades ou déviants » (il n'est évidemment pas question d'appliquer ces qualitatifs à 65 % des individus d'une tranche d'âge !), il importe cependant de leur offrir une possibilité d'écoute et de rencontre la plus ciblée possible. Les équipes d'adultes-relais, les points d'écoute et d'accueil sont certainement un moyen de prévention et de soins primaires souhaitables laissant à l'adolescent l'initiative d'aller vers l'adulte.

– Le groupe à « problèmes multiples » semble déjà engagé dans un processus de « prérupture ». Pour ces adolescents la prévention générale ou ciblée est le plus souvent illusoire, inefficace voire même nocive par ses effets possibles d'incitation. À titre d'exemple les adolescents qui consomment les drogues ont en moyenne, plus de relations hétérosexuelles et homosexuelles que leurs pairs du même âge. Ils se sentent plus concernés par le sida et ont une information égale ou supérieure à leurs pairs sur ce sujet. Mais, hélas, ils doutent plus de l'efficacité des modalités de prévention et utilisent moins le préservatif (M. Choquet, 1989). Ce doute, la prise de risque qui en résulte, la contradiction apparente entre l'information reconnue et le comportement effectif constituent la trace d'un trait psychopathologique en cours de structuration (on peut considérer qu'il s'agit de façon typique d'une attaque inconsciente du corps).

Pour ces adolescents inscrits dans l'excès une stratégie active semble nécessaire car le plus souvent ils ne demandent rien ; au pire ils commencent par refuser toute forme d'aide. La simple information est dépassée ; la prévention « passive » (attendre que l'adolescent se manifeste ou demande quelque chose) illusoire ; il s'agit cette fois d'« aller vers » l'adolescent dans une démarche qui est à la limite de l'écoute et du soin.

ADULTES RELAIS ET LIEUX D'ÉCOUTE

Toutes les enquêtes montrent la difficulté pour un grand nombre d'adolescents d'accéder aux lieux de consultation et de soin. Cette difficulté est d'autant plus importante que les adolescents ont des problèmes multiples et vivent dans un environnement familial et social à risques. De façon plus lapidaire : plus ils sont malades, moins ils consultent. Cela est un peu moins vrai lorsque le cadre familial et social est de qualité mais même dans ce cas il n'est pas rare de constater un long délai (qui peut aller jusqu'à 12-18 mois) entre le début des symptômes ou signes de souffrance et la première consultation.

Pour toutes ces raisons, il apparaît nécessaire de créer un réseau intermédiaire entre les adolescents dans leurs lieux de vie habituels d'un côté, les

lieux de consultations traditionnels de l'autre. Ceci signifie que le psychiatre, le psychologue devront travailler en concertation, collaboration avec une équipe pluridisciplinaire constituée d'adultes capables d'une écoute discriminante, fondée non pas sur une subjectivité anxieuse mais sur une capacité d'analyse des manifestations de souffrance de l'adolescent.

On pourrait de façon théorique définir le rôle de ces « adultes-relais » de la façon suivante : 1) écoute des adolescents appartenant au groupe « intermédiaire » et tentative de dépister ceux dont les facteurs de risques ou dont la souffrance déjà exprimée font craindre une aggravation ; 2) écoute « active » des adolescents du groupe « à problèmes multiples » en leur proposant une rencontre susceptible d'établir un premier contact permettant dans un second temps l'accès aux soins.

Qui sont ces adultes-relais ?

Dans le cadre de la psychiatrie publique ou parapublique (associations diverses) ils font partie de l'équipe de soins d'intersecteur ou de secteur : infirmiers psychiatriques, éducateurs spécialisés, infirmier(e)s des établissements scolaires, travailleurs sociaux divers [assistant(e) social(e)…]. Ils peuvent assurer des « permanences d'écoute » dans divers lieux au premier rang desquels les collèges et lycées des enseignements longs et professionnels, les lieux de formation professionnelle, les internats scolaires ou autres, les maisons de quartier, les maisons de jeunes, les centres d'information et d'orientation, etc.

Dans certaines zones défavorisées ou à risques cette démarche active repose le plus souvent sur la motivation, l'engagement et le savoir-faire d'adultes appartenant à de petites structures associatives. Elle peut aller par exemple jusqu'à proposer un lieu d'écoute sous forme de « bus » stationné à un endroit privilégié (expérience Espace Vie Adolescence à Saint-Denis, Ile de France). Toutefois dans ces quartiers de banlieue très défavorisés, si le lieu conditionne la possibilité d'accès pour ces adolescents en difficulté, le travail d'écoute doit consister d'abord à rétablir des liens chez des individus inscrits dans une escalade de **déni** (des symptômes mais aussi de la souffrance, de leur identité, de leur histoire), de **défi** (de la société vécue comme rejetante, disqualifiante et disqualifiée, etc.), de **délit** (ultime reconnaissance sociale « en négatif ») (K. Abboub, 1987).

Des adultes au contact d'adolescents (enseignants, personnel administratif des collèges et lycées, personnel municipal, entraîneurs de sport, personnel des services de police, etc.) peuvent également être sensibilisés puis formés à ce type d'écoute en particulier pour les adolescents du groupe « intermédiaire ».

L'expérience quotidienne montre que, face aux difficultés des adolescents, de nombreux adultes se montrent parfois indifférents mais plus souvent anxieux et désemparés. Cette réaction majore le malaise des adolescents et risque de les convaincre qu'il n'y a rien à attendre des adultes : interaction de défiance et de rejet potentiel pouvant ouvrir à une escalade de provocations réciproques. De notre point de vue, l'information des adultes et

la formation de ceux qui se sentent motivés et intéressés donnent les bases nécessaires pour une écoute plus sereine et confiante. En général, plusieurs adultes ainsi formés constituent « une équipe d'adultes-relais » se réunissant régulièrement sous la supervision d'un consultant (psychologue, éducateur, formateur de cette équipe) pour mettre en commun les situations repérées d'adolescents en difficulté et définir une « conduite à tenir ». Des personnes, des lieux d'écoute diversifiés sont ainsi aisément accessibles aux adolescents et constituent des intermédiaires précieux entre l'écoute non spécifique et les lieux de soins spécialisés.

Pour répondre aux attentes et à la demande des adolescents, ces lieux d'écoute doivent être bien individualisés (horaires, salle ou bureau précis) de préférence légèrement décalés par rapport aux horaires scolaires (souvent entre 12 et 14 h ou en fin d'après-midi, en soirée dans les internats), clairement différenciés du rapport hiérarchique ou pédagogique habituel donc avec un adulte qui n'est pas directement impliqué dans la scolarité, la discipline, la surveillance, etc., bien qu'il ne soit pas toujours aisé de réunir toutes ces conditions.

La place des parents : bien que ces lieux d'écoute s'adressent d'abord aux adolescents, la place et le rôle des parents ne doivent jamais être oubliés. Quand un adolescent présente « des problèmes », surtout s'ils sont multiples, il est de l'intérêt et du devoir de l'adulte-relais de solliciter assez rapidement une rencontre avec les parents. Si certains adolescents s'y montrent d'abord hostiles, la majorité d'entre eux acceptent l'idée de cette rencontre. Il restera ensuite à susciter l'intérêt des parents dans cette démarche. On sait que la présence des parents lors d'une première consultation augmente la probabilité d'un suivi ultérieur.

ACCUEIL ET CONSULTATION

Les lieux d'écoute sont situés à l'extérieur des structures de soin, là où l'adolescent vit et circule.

Les lieux d'accueil et de consultation sont en général intégrés à un réseau de soins, même s'ils sont hors de l'hôpital (centre médico-psychologique : CMP, centre de crise, CATTP, unité du soir, etc.). Ils impliquent de la part de l'adolescent et/ou de sa famille une démarche active.

L'accueil est une permanence tenue parfois par un médecin ou un psychologue plus souvent par un infirmier, un travailleur social à des jours et des horaires fixés mais fonctionnant habituellement sans rendez-vous, du moins pour le premier contact. L'accueil est parfois précédé d'un contact téléphonique ; le centre d'accueil peut être isolé et « banalisé » (appartement, maison en ville) ou intégré à un lieu de soin identifié comme tel. Les permanences sont de préférence tenues par des personnes toujours identiques selon le jour et l'heure, personnes qui sont en contact avec les divers adultes-relais.

La consultation est d'emblée inscrite dans une dynamique différente. Elle est marquée par son cadre : rendez-vous pris au préalable avec une personne identifiée dans un lieu dont la fonction de soin est énoncée. Même s'il est possible et utile de recevoir « en urgence » des adolescents et leur(s) parent(s), la prise préalable d'un rendez-vous représente une mobilisation d'investissement et une évaluation des capacités à s'inscrire dans une dynamique de soins.

Qu'il s'agisse d'accueil ou de consultations, un réseau de soins offrant des possibilités multiples est préférable surtout dans les villes moyennes ou importantes : CMP, lieu d'accueil banalisé, consultations hospitalières, consultations de l'hôpital de jour, consultations d'urgence, etc.

Les diverses enquêtes réalisées montrent que les adolescents reçus dans ces lieux sont adressés par d'autres médecins (pédiatres, généralistes), des psychiatres, des « adultes-relais » (travailleurs sociaux, personnel scolaire ou éducatif) mais aussi qu'ils y accèdent parfois de leur propre initiative ou de celle de la famille.

Dans l'enquête de C.L. Renard et coll. (1992), le contact reste unique dans 41 % des cas (dans 18 % des cas c'est par refus d'une suite, pour les autres du fait d'une réorientation). Lorsqu'il y a un suivi, celui est :

– plus fréquent chez les grands adolescents (16-20 ans) que chez les jeunes adolescents (12-15 ans) ;

– plus fréquent chez les adolescents d'emblée accompagnés d'un ou des parents que chez ceux consultant seuls ou avec un tiers. En revanche, la nature du contact antérieur ne semble pas être un facteur discriminant (sauf quand l'adolescent était déjà suivi par un psychiatre).

L'entretien avec l'adolescent (voir description p. 66) est à la fois un temps d'évaluation mais aussi un temps thérapeutique. Il est le temps préliminaire à toutes décisions d'orientation ou de traitement au long cours. Il s'inscrit souvent dans ce qu'on pourrait appeler une « psychothérapie brève », telle que nous en ferons la description au chapitre suivant.

BIBLIOGRAPHIE

BRACONNIER A. : L'ubiquité de la consultation. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1992, *40*, 11-12, 606-608.

RENARD C.L., TORO P. : L'accueil des adolescents dans un dispositif psychiatrique parisien. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1992, *40*, 11-12, 622-632.

TURSZ A., SOUTEYRAND Y., SALMI R. : *Adolescence et risque*. Syros éd., Paris, 1993, 1 vol.

ABBOUB K. : Le toxicomane maghrébin. Sujet ou objet? *Transition*, 1987, *24-25*.

BAUDRY P. : *Le corps extrême : approche sociologique des conduites à risque*. L'Harmattan éd., Paris, 1991, 1 vol.

BEROUD G., MENETREY A.C. : Les paradoxes du plaisir. *In : Adolescence et risque*. Syros éd., Paris, 1993, 237-245.

CARTON S., LACOUR C., JOUVENT R., WILDÖCHER D. : Le concept de recherche de sensations. *Psychiat. et Psychobiol.*, 1990, *5*, 39-44.

CHARLES-NICOLAS A. : À propos des conduites ordaliques. *Topique*, 1984, *35-36*, 207-229.

CHOQUET M., LEDOUX S. : *Les drogues illicites parmi les 11-20 ans et les attitudes face au sida*. Rapport INSERM, Paris, 1989, 1 vol.

MARCELLI D. : Entretien avec l'adolescent et son évaluation. Éditions Techniques, Paris, *EMC Psychiatrie*, 1991, *372*, 13 A 10, 1-9.

22 LA CONSULTATION THÉRAPEUTIQUE

LES ENTRETIENS D'ÉVALUATION – CONSULTATIONS THÉRAPEUTIQUES

Pour Winnicott, la consultation thérapeutique est, à l'occasion des premières rencontres, la possibilité d'établir un climat favorable permettant une « rencontre et un échange relationnel » entre l'adulte et l'enfant de sorte que ce dernier puisse exprimer ses difficultés : « c'est presque comme si, par les dessins, l'enfant cheminait à mon côté et, jusqu'à un certain point, participait à la description du cas. » D.W. Winnicott constate que ce travail d'explicitation et de clarification soutenu par un échange relationnel et affectif avec un adulte dans une disposition d'empathie fondamentale a, en lui-même, une vertu thérapeutique.

Toutefois, D.W. Winnicott trace aussi des limites à ces consultations thérapeutiques. En effet, pour que celles-ci soient thérapeutiques, il faut :

– un préinvestissement et une motivation des parents dans la consultation et la personne du consultant ;

– que l'enfant ne retrouve pas « une famille anormale ou une situation sociale anormale » (souligné par D.W. Winnicott) ;

– que le symptôme présenté par l'enfant ne soit pas surdéterminé.

Avec un adolescent la consultation thérapeutique répond à la même logique et connaît les mêmes limites qu'on omet souvent de préciser.

Ces consultations thérapeutiques font partie intégrante des entretiens d'évaluation avec l'adolescent et sa famille tels qu'ils ont été décrits au chapitre 3 (voir chap. 3, p. 66). En effet, le but de l'entretien clinique est double, concomitance d'objectifs qu'on doit toujours garder à l'esprit. C'est d'abord un objectif d'évaluation dans les divers domaines de la clinique psychiatrique de l'adolescent (sémiologique, nosographique, psychopathologique, psychodynamique, individuel, interindividuel familial, etc.). C'est aussi un objectif thérapeutique : du fait du dévoilement, de l'énonciation, des

tentatives de clarification des diverses difficultés et symptômes, les entretiens peuvent avoir un effet thérapeutique certain. Se contenter d'un recueil d'informations, sans formuler en contrepartie diverses propositions thérapeutiques risque de représenter pour l'adolescent et son entourage une intrusion intolérable et stérile. Les entretiens avec l'adolescent doivent toujours avoir cette double fonction : évaluation d'un côté, projet thérapeutique de l'autre.

L'interaction qui se déploie pendant l'entretien constitue l'instrument de cette double démarche. La particularité de l'entretien avec l'adolescent est que cette interaction adolescent-consultant, est dès le début de la rencontre prise dans un investissement d'allure transférentielle immédiat et intense. D'emblée l'adolescent « attribue » au consultant un statut, des jugements, une fonction qui dépendent étroitement de ses propres relations à ses images parentales et à la manière dont il intègre le cours actuel du processus d'adolescence.

L'importance et l'immédiateté de cet « investissement » présentent un inconvénient et un avantage. Un inconvénient, car il risque d'obscurcir et de rendre plus difficile l'évaluation : sauf quelques exceptions, l'adolescent n'a pas spontanément tendance à reconnaître que ses symptômes et sa souffrance lui sont personnels. En général, il en attribue l'origine et le maintien à des facteurs externes : parents, enseignants, copains, société… Il n'est pas rare qu'il prenne la personne du consultant comme un « représentant » de ces prétendus facteurs externes ; le consultant devient alors « la cause » transférée des difficultés de l'adolescent. Ainsi certaines conduites de l'adolescent peuvent survenir comme autant de manœuvres de sa part pour chercher à faire réagir le clinicien et à l'inscrire dans un rôle parental et/ou social précis. Au pire l'adolescent peut « réagir » aux consultations par une apparente et paradoxale exacerbation des conduites les plus pathologiques ce qui risque d'entraîner le consultant dans une escalade d'actions thérapeutiques de plus en plus lourdes ou contraignantes.

Souvent cependant cette rencontre constitue pour l'adolescent la première occasion qui lui soit donnée de parler de son monde interne, de ses affects, de ses émotions, de ses pensées, rêves ou rêveries, sans être jugé selon des critères moraux ou éthiques, être aussitôt pris dans une relation d'autorité type parent-enfant. Le consultant représente souvent le premier adulte rencontré qui ne soit ni un membre de la famille, ni une figure d'autorité (enseignant, éducateur, etc.). D'une certaine façon le premier travail du consultant consiste en une sorte d'« apprentissage » de la relation nouvelle, apprentissage de la démarche réflexive, de la nécessité de clarification, d'énonciation, de délimitation des difficultés en même temps que la reconnaissance de leur origine intrapsychique et pas seulement réactionnelle.

Dans ces conditions l'importance et l'immédiateté de cet investissement présentent aussi un avantage car il constitue un instrument thérapeutique précieux.

Cette nouvelle relation peut en effet provoquer rapidement une émergence d'affects jusque-là méconnus, enfouis ou refoulés, une mobilisation rapide et intense des investissements pulsionnels et des contre-investissements défensifs. Ceci explique, dans les cas les plus heureux, les améliorations ou même la disparition rapide des difficultés après quelques entretiens. C'est en ce sens que ces « entretiens d'évaluation » peuvent être thérapeutiques. P. Mâle avait parlé d'« expérience émotionnelle correctrice » pour décrire ces rencontres.

Ils peuvent l'être aussi dans le domaine des interactions familiales quand la présence du consultant introduit un tiers médiateur dans le face à face parents-adolescent ou modifie des « alliances » qui avaient tendance à se figer (« père » opposé à « adolescent(e)-mère » ou inversement : mère opposée à adolescent(e)-père). Le consultant par ses questions ou son intérêt sur l'histoire (anamnèse mais aussi histoire de l'enfant, du couple parental, de la famille) réintroduit la dimension du temps dans un conflit qui trop souvent ne connaît que l'instant.

En effet, l'évocation de la petite enfance, la recherche des symptômes ou plus simplement des conduites habituelles, des traits de caractère du petit enfant présente le double intérêt d'introduire la dimension du temps et de l'histoire et de permettre à l'adolescent d'entendre une partie de son passé ; il arrive que ce soit pour lui la première fois. Le récit d'événements traumatiques tels que séparation, maladie ou hospitalisation et des réactions du jeune enfant, peuvent avoir un effet cathartique chez l'adolescent et ses parents. Les moments de séparation dans l'enfance, la façon dont ils ont été gérés par la famille, leur retentissement sur le développement de l'enfant constituent un bon modèle anamnestique permettant d'augurer de la qualité du « travail de séparation » à venir pour l'adolescent.

De façon plus spécifique, il est intéressant d'évoquer avec les parents en présence de l'adolescent leur motivation du choix du prénom, leur désir d'enfant avant la naissance et parfois même les circonstances de leur propre rencontre. Là encore ces remémorations quand elles sont possibles introduisent la dimension du temps, relativisent l'intensité actuelle des difficultés, jouent un rôle cathartique en déplaçant les lignes de conflits, en ouvrant des espaces nouveaux de curiosité et d'intérêt, levant une partie du refoulement, etc.

Enfin l'existence ou non d'un traitement « psychologique ou psychanalytique » antérieur, dont la fréquence est de plus en plus grande, représente souvent soit par le souvenir qu'il active soit par son oubli un indice prédictif ou du moins caractéristique de la relation du sujet, de son entourage avec le « psychologique ».

Cette démarche qui procède de ce qu'on pourrait appeler une « évaluation empathique » a donc, par elle-même, une force thérapeutique certaine, si les préconditions sont remplies : préinvestissement du consultant par l'adolescent et ses parents, absence d'interactions pathologiques rigides et de situation sociale très dégradée, absence d'une trop importante surdétermination symptomatique.

LA CLARIFICATION DE LA DEMANDE

Le cadre de ces entretiens d'évaluation-consultations thérapeutiques, tel que nous l'avons défini, avec une série de trois à six entretiens dont au moins deux avec l'adolescent et ses parents (D. Marcelli, 1991) présente ainsi l'intérêt d'une évaluation de la dynamique individuelle et familiale permettant de mieux assurer les bases des propositions thérapeutiques ultérieures. Fréquemment le consultant a le sentiment qu'entre la demande de l'adolescent et/ou des parents et son éventuelle proposition de soins, il existe un écart notable et que cet écart ne va pas se « résoudre » par enchantement. Ainsi qu'on le dit dans un certain jargon : « il faut faire évoluer la demande. » Le travail épidémiologique de A. Dazord et coll. (1993) confirme d'ailleurs ce sentiment subjectif du consultant. Cette enquête semble montrer qu'une décision thérapeutique trop rapide, dès la première consultation, est plus souvent suivie d'abandon ou d'inefficacité que si cette décision arrive après un temps d'attente et de latence : « la principale hypothèse émergeant de ces résultats concerne l'importance que pourrait avoir sur l'évolution ultérieure de la prise en charge ce qui est proposé à la fin du premier entretien. Un accord trop rapide pourrait ne pas s'accompagner d'une évolution favorable. Il est possible au contraire qu'un temps d'attente, où puisse s'élaborer la demande et se construire un véritable lien thérapeutique soit l'élément le plus important à prendre en compte. » Il est intéressant qu'une démarche épidémiologique arrive à cette constatation très proche de l'impression des cliniciens.

Bien sûr l'attente n'est pas procrastination et n'a pas en soi de vertu thérapeutique. Il s'agit ici d'une attente « active » faite d'une série de consultations rapprochées (tous les 15 jours-3 semaines, plus fréquentes en cas de pathologie d'allure aiguë ou critique) pendant lesquelles le consultant développe cette action de clarification, différenciation des fonctionnements psychiques, remise en perspective historique, etc. Mais cette attente permet aussi d'évaluer la tolérance de l'adolescent et de ses parents face à la relative frustration, de juger des possibilités d'alliance thérapeutique ou au contraire d'apparition des résistances, d'apprécier la capacité de persévérer dans la demande et la démarche ou au contraire d'arrêter aussitôt (que ce soit parce qu'il y a eu une légère détente, amélioration ou qu'au contraire la première rencontre « n'a servi à rien » : voir p. 73 : la séquence des entretiens). Nous verrons le problème de l'alliance thérapeutique au paragraphe suivant.

CADRE FORMEL ET MANIEMENT DES RENDEZ-VOUS

D'un point de vue technique, il s'agit toujours de rencontres en face à face, parfois assez longues (60 minutes) afin qu'un climat de confiance s'établisse et que la période initiale de résistance ou de conformisme relationnel puisse

être surmontée. Une question spécifique doit être clarifiée : elle concerne le **maniement des rendez-vous**, surtout quand il s'agit de rencontres intermittentes. Convient-il de laisser l'adolescent prendre lui-même ses rendez-vous « à la demande » ou au contraire, est-il préférable de lui proposer, voire d'imposer un rendez-vous? La technique des entretiens à la demande a souvent été préconisée; nous pensons qu'on devrait la réserver aux seuls adolescents qui présentent des difficultés mineures, qui ont développé un intérêt pour leur monde psychique interne, qui ont établi avec le thérapeute une relation de confiance teintée ni de séduction œdipienne, ni de soumission infantile. Dans ces conditions, on peut laisser l'adolescent libre d'évaluer l'aide potentielle qu'il attend de l'entretien et du thérapeute. À l'évidence ces cas sont peu nombreux et traduisent des difficultés minimes. Dans la majorité des cas la situation est différente. En effet, le plus souvent laisser l'adolescent libre de reprendre contact, représente pour celui-ci un risque plus qu'un avantage. Tout d'abord la passivité de l'adolescent, passivité en général d'autant plus grande qu'il est plus malade est un obstacle majeur; ensuite l'adolescent redoute parfois l'excès d'excitation pulsionnelle qu'il ressent en étant libre de prendre lui-même rendez-vous et craint que sa demande soit comprise comme une soumission à cette excitation pulsionnelle, et par conséquent une soumission au consultant; enfin, et cette dernière éventualité est fréquente, l'adolescent a le sentiment que le thérapeute l'abandonne, se désintéresse de lui et de son monde psychique interne en ne lui donnant pas un rendez-vous précis. Pour toutes ces raisons, les entretiens « à la demande », contrairement à un certains discours véhiculant les habituels clichés sur la nécessité de « se prendre en charge », « d'exprimer sa demande », etc. ne doivent pas constituer la règle générale. De même en cas d'absence à un rendez-vous, lorsqu'il ne s'agit pas d'une psychothérapie formalisée et réglée où l'absence prend une signification directement transférentielle, laisser l'adolescent libre de recontacter le thérapeute présente les mêmes risques auxquels s'ajoute un sentiment de culpabilité parfois non surmontable. Dans notre expérience, la proposition d'un nouveau rendez-vous en adressant une lettre à l'adolescent a toujours reçu un écho favorable et a été ressentie par celui-ci comme une marque d'intérêt et d'attention. Ainsi il est souvent nécessaire d'« imposer » ces rendez-vous à l'adolescent, mais il est nécessaire de définir brièvement ce que nous voulons dire par « imposer ». Bien entendu nous ne parlons pas ici de contrainte matérielle concrète qui obligerait l'adolescent à venir au rendez-vous. En revanche, cela veut dire que nous signifions très clairement à l'adolescent notre préoccupation sur son monde psychique et ses conflits internes, notre conviction que nous pouvons l'aider et que cette aide est nécessaire, notre désir de ne pas le laisser se dégrader ou s'enfoncer dans des conduites de plus en plus pathologiques. Formulé en d'autres termes, imposer ce rendez-vous représente fréquemment la première limite, la première borne que le thérapeute pose dans l'espace souvent chaotique et conflictuel de l'adolescent.

LA DISTANCE RELATIONNELLE

Toutefois si une attitude « active » est nécessaire, celle-ci doit toujours être mise au service de la clarification, voire de l'explication (il paraît nécessaire d'expliquer pourquoi on pose certaines questions) et doit éviter deux dangers : la séduction, la croyance en la magie.

Pour tout adolescent, être écouté avec attention, avoir le sentiment d'être enfin compris, ne pas être contesté directement dans les opinions émises peut susciter un intérêt certain, vite ressenti comme une menace de séduction. L'adolescent peut éprouver un sentiment d'attirance qui aussitôt constitue pour lui une menace narcissique potentielle : l'effraction narcissique est à la hauteur de l'avidité objectale.

L'émergence de ce sentiment de séduction amplifie généralement les conduites symptomatiques, exacerbe les défenses et peut conduire à une rupture d'avec le consultant pour tenter précisément de contrôler celui-ci.

La croyance en la magie attribue au consultant et à la démarche clinique une toute-puissance auprès de laquelle l'adolescent est parfois tenté de se réfugier au début mais qui exacerbera rapidement les composantes les plus pathologiques de la personnalité (passivité/soumission factice ou au contraire rébellion intempestive, etc.), et rendra plus difficile le processus thérapeutique.

Ainsi ces consultations doivent s'efforcer d'établir la « bonne distance » entre l'adolescent et le consultant à partir de laquelle ce travail de réflexion-introspection en présence d'un autre devient possible. Cette évaluation permet également de prendre la mesure d'une motivation à une éventuelle psychothérapie au long cours.

Par motivation nous signifions un ensemble de trois variables qui nous paraissent indispensables pour qu'un adolescent s'engage durablement dans un traitement psychothérapique et *a fortiori* analytique, quel que soit le diagnostic posé en terme structurel ou nosographique. Ces trois variables sont les suivantes :

– une curiosité suffisante par rapport au monde psychique interne. Certains adolescents font preuve en effet d'un intérêt pour leurs pensées, leurs rêveries, leurs rêves, souhaitent comprendre le pourquoi de leurs pensées et de leurs états affectifs. D'autres, au contraire, sont sans cesse à la recherche d'un objet, d'une cause externe, dans une attitude sinon projective, du moins externalisante qui les empêche de porter le moindre intérêt à leur monde représentationnel interne ;

– une anxiété, un malaise assez important pour faire souffrir l'adolescent et une reconnaissance de cette anxiété de ce malaise comme étant le sien. Ce malaise diffus, cette souffrance doivent certes rester modérés pour ne pas précipiter l'adolescent dans un état d'effondrement, mais doivent cependant exister et persister au moins au début du traitement. Ce malaise représente la meilleure des motivations à l'engagement dans la démarche psychothérapique.

– une lassitude devant la perception que les événements se répètent, que « ça recommence encore ». Cette perception débutante de la compulsion de répétition représente aussi un des facteurs de motivation essentielle à l'engagement psychothérapique.

Bien évidemment il est rare que ces trois variables soient présentes d'emblée dès les premières consultations. On pourrait dire que l'objectif thérapeutique de celles-ci est précisément d'amener ces facteurs d'incitation à la conscience de l'adolescent lorsque le consultant considère qu'une psychothérapie s'avérera nécessaire. En particulier c'est le rôle et l'objectif de la stratégie de clarification, de délimitation des fonctionnements psychiques et de l'insistance sur l'intériorisation dont il a été question.

LE TERME DES RENCONTRES : LA PROPOSITION THÉRAPEUTIQUE

Le terme de ces évaluations-consultations doit être ponctué par un entretien où le clinicien fait part à l'adolescent et aux parents de ses constatations, de son avis et des propositions thérapeutiques appropriées. En effet, très souvent un cadre d'allure psychothérapique est instauré sans qu'à aucun moment une indication claire ait été formulée. Si pour quelques cas cela peut être positif en évitant des réactions de refus immédiat, dans la plupart des cas les adolescents finissent par interrompre les rencontres avec le sentiment d'avoir été trompés, manipulés, entraînés contre leur gré dans un traitement et une relation dont ils ne voulaient pas.

Ainsi est-il nécessaire de ponctuer ces cinq ou six rencontres par une « mise au point ». L'information donnée à l'adolescent doit l'être en termes aussi clairs et précis que possible, sans complaisance ni estompage des difficultés, en insistant autant que faire se peut sur la dimension endopsychique et ce qu'on a pu percevoir des zones de souffrance ou de malaise de l'adolescent. Les troubles manifestes des conduites seront reliés à ces difficultés internes en focalisant sur l'axe psychopathologique qui paraît prévalent. Bien entendu ceci est énoncé comme étant l'opinion du clinicien formulée en fonction de son expérience et de ce que l'adolescent concerné lui a appris. L'angoisse dans ses divers aspects, la lutte contre un lien de dépendance que l'adolescent veut maintenir refoulé ou clivé, les moments dépressifs, la haine ou la violence contre le corps ou une de ses parties, les fantasmes sexuels inquiétants ou trop excitants, les rêves ou cauchemars et leurs rapports à la vie consciente seront autant de points sur lesquels l'insistance du clinicien portera : l'objectif est de rompre l'habituelle explication des actes de l'adolescent en terme purement réactionnel à l'entourage. Quand l'environnement (famille, environnement social, etc.) est trop pathologique ou désorganisé pour permettre à l'adolescent d'effectuer un tel travail, la nécessité d'un aménagement concret (hospitalisation, foyer, internat,

etc.) doit être clairement énoncée comme étant la condition préalable sans formuler de jugement moral sur cet environnement.

Des propositions thérapeutiques sont donc formulées avec leurs objectifs, leur cadre, leurs modalités. Au cours de ces consultations il est fréquent que des clarifications ou des interprétations ponctuelles ont pu avoir un effet mobilisateur : ceci peut constituer d'utiles exemples de ce que sera le travail psychologique proposé; de même pour les effets d'un traitement médicamenteux. Une claire distinction doit être établie entre ces deux types de traitements s'il paraît nécessaire de les poursuivre conjointement (psychothérapie et traitement chimiothérapique) en précisant leurs cadres respectifs au travers d'une thérapie bi- ou plurifocale (médecin prescripteur, psychothérapeute, travailleur social, etc.).

Le consultant précise à l'adolescent ce qu'il dira aux parents et ce qu'il considère comme étant le problème personnel ne concernant que l'adolescent lui-même (ceci afin de favoriser le désengagement du lien souvent pathologique à l'égard des « objets » parentaux). À l'égard des parents il donnera aussi son avis sur l'aspect pathologique ou non des conduites incriminées en le reliant plutôt au vécu affectif responsable (angoisse, dépression, anxiété, malaise, etc.). Il faut dans ces informations se garder de deux écueils. D'un côté, il est inutile et même néfaste de renforcer l'explication « réactionnelle » des difficultés de l'adolescent : s'il est comme cela (ou fait cela) c'est parce que vous êtes comme ceci (ou encore : les enseignants, la société, la bande des copains, etc.). D'un autre côté, il faut préserver l'intimité de l'adolescent concernant ses fantasmes, ses angoisses secrètes, sa violence haineuse, son désir de passivité, etc.

Définir ainsi le cadre de ces « consultations préliminaires » présente plusieurs avantages :

– lors de la première ou deuxième rencontre un objectif clair est proposé à l'adolescent qui ne lui donne pas le sentiment d'être « englouti » dans une relation sans fin, fantasme fréquent au début de la démarche de consultation. L'adolescent a le sentiment justifié qu'il garde la maîtrise de la situation et qu'il pourra interrompre la relation au terme de l'évaluation. Il est d'une certaine façon plus libre d'investir ces entretiens que s'il est envahi par la crainte « que ça ne s'arrêtera plus ». Dans tous les lieux de consultations spécialisées d'adolescents une constatation est faite fréquemment sur le grand nombre de premiers entretiens sans suite. Il nous semble qu'avec cette technique d'évaluation, les premiers entretiens sans suite sont moins nombreux. Dans notre expérience personnelle il y a certes quelques interruptions immédiates après le premier ou le second entretien mais ce n'est pas les cas les plus fréquents (10 à 15 % environ des consultants). La grande majorité des adolescents poursuivent l'investigation jusqu'à son terme;

– ces entretiens font office de véritables **« psychothérapies brèves »** quand les difficultés de l'adolescent sont minimes; quand elles sont liées essentiellement à l'actualité du processus d'adolescence; quand elles ne traduisent pas

des troubles surdéterminés siégeant à des niveaux psychopathologiques différents. Au terme des rencontres, les difficultés ont disparu ou se sont atténuées sous le seul effet de la prise de conscience ou grâce aux quelques réaménagements effectués. Le consultant en prend acte et peut proposer à la fois un diagnostic de « normalité » et la fin de la prise en charge. Cette stratégie évite toute désignation pathologique tout en ayant eu un effet thérapeutique certain. (30 % à 40 % des évaluations se concluent de cette façon) ;

– quand un traitement doit être proposé, ces entretiens ont donné au consultant le temps et les moyens d'évaluer les divers paramètres comme cela a déjà été dit précédemment, mais ont aussi permis à l'adolescent (et ses parents) « d'apprendre » quel bénéfice il peut tirer de ces rencontres et quel type de travail peut être effectué pour aborder, approfondir, comprendre, circonscrire, canaliser, réparer les difficultés incriminées. Cet apprentissage d'une relation nouvelle nous paraît une donnée essentielle. Sur l'ensemble des adolescents qui consultent la moitié environ (40 à 50 %) se voit proposer divers traitements qui sont acceptés par la moitié de ceux-ci (20 à 25 %). Restent donc 20 à 25 % environ d'adolescents qui selon le consultant ont besoin d'un traitement quel qu'il soit mais qui le refusent eux-mêmes et/ou leurs parents. Pour ceux-là divers compromis, aménagements ou au pire solution contraignante peuvent être envisagés (*cf.* chapitre : Stratégie de soin).

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE CONSULTANT-ADOLESCENT-PARENT

Nous définirons l'alliance thérapeutique ou l'alliance au traitement comme la possibilité que thérapeute, adolescent et parent(s) s'accordent sur la reconnaissance d'un problème, sa nature et sur les moyens nécessaires pour entreprendre de le résoudre ou du moins tenter de le faire. Cette reconnaissance et cet accord sur les moyens à employer sont bien évidemment l'objet d'une ambivalence qui témoigne des inéluctables résistances inconscientes des uns ou des autres. Néanmoins, il existe en général chez l'un ou l'autre des membres de la famille une partie consciente désireuse de voir changer le cours des choses dans le sens d'une amélioration ou au minimum d'une moindre souffrance.

Le concept d'alliance de travail n'appartient pas à la théorie psychanalytique. Il a été développé dans le cadre de la « psychologie du moi » des auteurs anglo-saxons et traduisait une identification partielle et temporaire du patient avec l'analyste qui permet au patient de « travailler » sur ses propres résistances comme le ferait l'analyste (R. Greenson, 1977).

Nous préférons utiliser les termes alliance thérapeutique ou alliance au traitement, pour nous dégager de l'expression alliance de travail surtout

utilisée dans le champ psychanalytique et tombée quelque peu en désuétude même s'il s'agit d'un concept très intéressant et utile.

Dans le cadre des premières consultations en revanche, l'attention du clinicien doit se porter sur cette alliance thérapeutique qui, pour se développer, nécessite certaines conditions :

– la reconnaissance que les difficultés de l'adolescent lui sont propres. Les difficultés traduisent son désarroi et n'ont pas comme intention première d'agresser la personne des parents ;

– la reconnaissance d'une souffrance propre à chacun, l'adolescent d'un côté, le ou les parent(s) de l'autre ;

– la conviction que les difficultés peuvent être attribuées à un facteur psychologique et qu'elles justifient un travail de réflexion sur soi-même et la famille ; elles impliquent donc de parler de soi ;

– l'acceptation qu'un certain temps sera nécessaire avant de retrouver un meilleur équilibre même si l'espoir d'un traitement magique reste toujours présent.

Bien sûr, ces conditions d'une alliance au traitement ne sont pas présentes sauf rare cas, dès le premier entretien. La séquence des rencontres a précisément pour objectif de chercher à développer ces alliances au traitement parmi les personnes présentes aux consultations.

Il s'agira d'évaluer la reconnaissance des limites de soi de chaque personne, l'importance des processus projectifs, l'acceptation que chacun possède une zone de secret par rapport aux autres, la capacité de chacun à éprouver une empathie minimum pour la souffrance des autres (dans le sens parents-adolescent comme dans le sens adolescent-parents), la tolérance à la frustration et à un minimum d'angoisse.

L'alliance au traitement étant ainsi définie, si on considère les deux parents et l'adolescent, on peut dire de façon un peu schématique que :

– avec aucun ou un seul allié le consultant ne peut pratiquement rien faire ;

– avec deux alliés un cadre thérapeutique peut le plus souvent se mettre en place ;

– avec trois alliés le traitement sera facile à mettre en place et efficace sauf dans les quelques cas de pseudo-alliance de surface.

Quels sont les « alliés » du consultant ?

DU CÔTÉ DE L'ADOLESCENT

Il arrive qu'un adolescent demande spontanément une aide psychologique. C'est rare. Typiquement il s'agit d'une fille, plutôt dans la deuxième partie de l'adolescence (16-18 ans), présentant des manifestations névrotiques d'intensité modérée mais avec une anxiété notable, dont les parents travaillent dans

le milieu enseignant, médical, ou psychologique, à moins qu'ils aient eux-mêmes déjà effectué une analyse ou une psychothérapie.

En règle générale, non seulement l'adolescent ne demande rien, mais en outre il s'oppose souvent à la demande de ses parents, du moins au début. Il faut signaler un paradoxe de la position du consultant à l'adolescence et avec l'adolescent : la rencontre avec un psychiatre, un psychologue clinicien, mobilise toujours une crainte ou un fantasme omniprésent chez tout adolescent, d'autant plus caché qu'il en redoute les effets : il s'agit de la crainte d'être anormal ou du fantasme d'être fou. Au minimum l'adolescent se demande si ses pensées, désirs, rêveries, rêves « sont normaux ou anormaux ». « Suis-je normal? » est une question que l'adolescent se pose régulièrement. Plus profondément l'adolescent peut être envahi par « la peur d'être fou » ou même développe la conviction « d'être vraiment fou »; certaines des conduites les plus déviantes peuvent constituer une lutte contre ce fantasme ou une manœuvre paradoxale pour confirmer et faire cesser le doute. Dans ces conditions la rencontre avec le psychiatre risque d'être ressentie comme la confirmation des craintes ou, à tout le moins, comme le renforcement du doute et de la souffrance qui s'y rattache. L'actualisation de ce fantasme, du fait de la rencontre présente, explique que parfois les conduites les plus pathologiques s'exacerbent à ce moment précis.

Il faut aussi considérer qu'une partie des comportements jugés pathologiques par l'entourage, représente souvent pour l'adolescent une tentative de lutte contre « sa folie » : sa partie « saine » se rebelle contre sa partie malade. C'est cette partie « saine » qui, à la fois, s'exprime par des conduites bruyantes et s'oppose aux rencontres avec la folie que représente le « psy ». Cette position nous semble assez spécifique, différente de ce qu'on observe chez l'enfant pour lequel le consultant est assez vite un allié du côté de la santé psychique, et chez l'adulte qui dépose plus volontiers chez le consultant sa partie malade. À l'adolescence, et cela est d'autant plus vrai que l'adolescent va mal, il existe une lutte intense et active entre les composants du moi, les exigences pulsionnelles, et les représentants œdipiens car l'adolescent n'a pas encore renoncé à évacuer sa partie pathologique ou accepté de la reconnaître comme sienne.

Cependant, l'adolescent ne refuse pas toujours cette demande de consultation par déni de ses propres difficultés et projection sur le consultant de sa propre crainte pathologique. Ce refus peut s'inscrire aussi dans la dynamique du processus psychique de l'adolescence en particulier à travers une attitude d'opposition ou à l'inverse d'identification à l'un de ses parents. L'opposition témoigne souvent de choix antiœdipiens et participe du mouvement de désidéalisation parentale. L'identification se fait habituellement avec le parent qui refuse la consultation et témoigne alors d'un conflit parental patent ou latent.

De la part de l'adolescent, le refus de consulter est donc habituel. Mais il n'a pas uniquement une signification intrapsychique. Il s'inscrit également dans une stratégie interactive surtout quand l'un ou les parents souhaitent

cette consultation. Dans le champ des interactions familiales, ce refus de l'adolescent peut avoir les objectifs suivants :

– évaluer la capacité des parents à demander de l'aide et surtout à s'ouvrir sur l'extérieur ;

– apprécier la détermination parentale dans la démarche de soins ;

– mettre à l'épreuve la cohérence du couple parental ;

– lutter contre un processus de désignation pathologique.

Les deux premières possibilités participent de ce que l'on peut appeler la normalité ; les deux autres se rencontrent principalement dans les familles où dominent les interactions déviantes et/ou pathologiques. Nous y reviendrons.

Lorsque les parents sont demandeurs, que cette demande n'est pas recouverte d'ambiguïté majeure, lorsqu'ils évitent de désigner de façon projective leur adolescent, lorsqu'ils s'incluent eux-mêmes dans la demande et qu'ils expriment une certaine souffrance, il est très rare que l'adolescent malgré son refus initial, ne finisse par accepter au moins passivement la consultation. Les quelques cas de refus persistants concernent peut-être un peu plus les garçons que les filles et traduisent toujours des interactions familiales très pathologiques.

En revanche, quand l'adolescent accepte le principe des consultations il n'est pas exceptionnel, il est même fréquent qu'il devienne vite un allié réel du consultant, car il trouve dans cette rencontre la possibilité d'un dialogue, d'une clarification de ses difficultés et souvent une détente symptomatique assez rapide (voir le paragraphe précédent).

DU CÔTÉ DES PARENTS

Il arrive que les parents ne demandent rien soit parce qu'ils sont absents, n'existent pas, sont déchus de leurs droits, etc. Situation toujours difficile pour un adolescent renvoyé aux pressions des éducateurs ou de la famille élargie, d'autant que la demande de consultation est particulièrement ambiguë puisqu'elle a souvent comme motif une conduite ou un symptôme rappelant peu ou prou ceux présentés par le ou les parent(s).

Il arrive aussi que, tout en étant présents, les parents ne viennent que sur une pression externe : collège, lycée, service éducatif, juge des enfants, brigade des mineurs, etc. La succession des entretiens permet alors d'évaluer la motivation minimale ou l'importance de la pression sociale. Ces situations imposent en général le recours à des aménagements du cadre de vie car il est le plus souvent impossible d'obtenir une mobilisation familiale suffisante pour mettre en place un cadre thérapeutique durable.

À l'opposé, les deux parents peuvent être demandeurs. Dans la majorité des cas les parents perçoivent la détresse ou la souffrance de leur enfant, sont prêts à engager un travail de réflexion. Quelle que soit la gravité de la pathologie, un accord pourra se faire sur l'indication thérapeutique et les

consultations permettront à l'adolescent d'investir cet espace à penser, étayant sa démarche sur la demande des parents. Cependant, il arrive que l'alliance immédiate avec les parents ait pour eux une fonction de projection, désignant de façon pathologique leur adolescent et enkystant en lui la folie des transactions familiales. Cette situation est plus rare mais s'inscrit presque toujours dans un fonctionnement de type psychotique prévalent. Elle justifie alors un temps d'approche familiale pour délimiter les symptômes et les fonctionnements psychiques individuels car le centrage sur l'adolescent aboutit généralement à une recrudescence symptomatique et à des ruptures thérapeutiques rapides.

Mais le cas le plus fréquent est celui où la demande et l'alliance au traitement concernent un seul parent. Cette situation n'est pas rare chez l'enfant mais elle n'a pas les mêmes conséquences car les enjeux identificatoires n'y sont pas aussi proches ni aussi urgents. Cette non-congruence de demande entre les parents prend, c'est évident, des sens différents. Si l'on devait établir une échelle de gravité, nous situerions aux échelons de moindre gravité le cas du parent déléguant à l'autre (en général la mère) la charge des enfants pour se consacrer à son travail. Situation banale qui peut traduire la normalité. À un degré supplémentaire le parent peut chercher à éviter ou fuir les conflits en particulier avec l'adolescent dans une dimension phobique par exemple. Encore un degré de pathologie et la non-congruence ne traduit pas simplement la passivité d'un parent mais une conflictualité parentale sous-jacente, l'adulte non demandeur pouvant être désigné par le parent demandeur comme le responsable, le fautif, celui d'où vient la pathologie de l'adolescent ; enfin au maximum la non-demande d'un parent peut aller jusqu'au refus patent. Le refus d'un parent témoigne souvent d'une crainte de désignation pathologique, identique à celle de l'adolescent et s'accompagne en général de coalition transgénérationnelle pathologique.

En effet, la non-congruence de demande entre les deux parents doit être mise en relation avec la demande (ou la non-demande) de l'adolescent. De façon un peu artificielle on peut isoler les figures suivantes :

Parent demandeur-parent passif-adolescent indifférent. — Figure non exceptionnelle de la banalité familiale, l'apparente indifférence ou passivité de l'adolescent est en partie calquée sur celle du parent ; en même temps les conduites pathologiques incriminées (fléchissement scolaire, conduite d'opposition, symptôme névrotique, etc.) sont le moteur de la mobilisation familiale. La séquence des entretiens est particulièrement utile pour le déploiement progressif des alliances au traitement et l'expression diversifiée des demandes de chacun. C'est dans cette constellation que l'évaluation peut aussi servir de consultation thérapeutique ou psychothérapie brève parce qu'elle permet une mobilisation, des réaménagements d'investissement, un redéploiement pulsionnel, etc.

Parent demandeur-parent refusant et/ou hostile-adolescent refusant et/ou hostile. — Cette situation traduit souvent une coalition agressive entre l'adolescent et l'un de ses parents contre l'autre. Le parent demandeur souffre, perçoit les difficultés de l'adolescent. Mais, quelle que soit sa pathologie, cet adolescent s'étaie sur l'attitude du parent refusant renforçant un processus d'identification souvent pathologique. Il est évident que dans ces familles les processus projectifs sont souvent au premier plan de même que les effets de désignation pathologique. Toutefois, lorsque la mésentente parentale est patente (parents séparés ou divorcés), l'adolescent trouve un espace de pensée et d'autonomie plus grand que si la mésentente parentale est masquée sous un lien conjugal en apparence préservé. Il est bien évident que dans ces cas une approche familiale est le préalable indispensable.

Parent demandeur-parent refusant et/ou hostile-adolescent consentant et/ou demandeur. — Ce cas de figure nécessite une évaluation soigneuse parce qu'il n'est pas rare et qu'il peut recouvrir des dynamiques familiales très diverses, voire opposées. L'alliance parent-adolescent peut effectivement témoigner d'un lien d'empathie entre eux et d'une reconnaissance mutuelle des difficultés de l'adolescent, le refus de l'autre parent ne jouant pas un rôle actif dans ce lien. Mais parfois cette alliance parent-adolescent peut témoigner d'une coalition pour désigner le troisième comme responsable de la pathologie et de la souffrance (mère et fille consultent pour dire leur souffrance d'avoir l'une un tel père, l'autre un tel mari) ou plus encore et plus subtilement pour dénoncer dans l'adolescent et par son intermédiaire la partie pathologique de l'autre parent. Cette dynamique est particulièrement « perverse » car elle conduit à un double renforcement d'un lien œdipien pathologique entre le parent absent, hostile et les symptômes de l'adolescent d'une part, la demande « commune » du parent et de l'adolescent d'autre part (la mère désigne chez son fils un trait du père identifié par elle comme pathologique ce que confirme le fils par ses conduites et sa demande superficielle). Dans ce dernier cas de figure, l'apparente alliance ne doit pas faire illusion. Lors de l'engagement thérapeutique véritable, la probabilité est grande de la voir céder sous l'impact des mécanismes projectifs. Ceci justifie l'importance des propositions concrètes d'aménagement du cadre de vie et la nécessité d'une prise en charge plurifocale si une psychothérapie est proposée.

Ces remarques conduisent à moduler la formule proposée initialement : si avec trois alliés il est habituel de pouvoir mettre en place un cadre thérapeutique efficace ne modifiant pas le cadre de vie familial, si avec aucun allié peu de choses sont possibles, avec un ou deux alliés une évaluation de la dynamique familiale est indispensable avant de proposer un traitement. Les aménagements du cadre de vie avec pour enjeu une éventuelle séparation (hospitalisation, mais surtout foyer thérapeutique, internat) sont souvent nécessaires surtout en cas d'alliance transgénérationnelle pathologique (voir chap. 23, Les thérapies familiales).

L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Nous préférons le terme « observance », issu du vieux français qui certes avait une connotation religieuse (action d'observer une règle religieuse et par extension toute sorte de loi) mais qui par cette origine même traduit le respect de la règle proposée, au terme anglo-saxon « compliance » transposé tel quel pour signifier le respect des prescriptions médicales et loin du sens spécifique français[1].

L'observance thérapeutique doit être distinguée de l'alliance thérapeutique : leurs domaines respectifs ont certes une intersection commune mais ne sont pas confondus.

Ainsi peut-on imaginer un adolescent avec lequel le consultant entretient une bonne alliance thérapeutique mais qui s'avère pour diverses raisons, en particulier d'allure névrotique, incapable de respecter les « prescriptions » qu'elles soient du registre interactif (absence aux rendez-vous), médicamenteux (non-prise des produits prescrits ou prise d'un produit « interdit ») ou institutionnel.

Inversement, il existe des situations où l'adolescent fait preuve d'une remarquable observance alors même qu'aucune alliance thérapeutique véritable n'existe ; certaines patientes anorexiques mentales entrent dans ce cadre.

La question de l'observance thérapeutique est assez récente. C'est d'abord l'attention des médecins somaticiens qui a été attirée en particulier dans le cadre des maladies chroniques (diabète insulino-dépendant, insuffisance rénale, etc.) ou des prescriptions au long cours (contraceptifs oraux). La population adolescente a rapidement été désignée dans les textes anglo-saxons comme « non compliante ».

DÉFINITION, CHAMP DE PERTINENCE

L'observance est définie comme le degré de concordance entre le comportement d'un individu en terme de prise de médicaments, suivi de régime, exécution de changement de style de vie et la prescription clinique.

Avant d'aborder la question à l'adolescence, il importe de préciser que :

– toutes les études chez l'adulte révèlent des taux élevés de non-observance autour de 50 % ;

– en psychiatrie de l'adulte, la non-observance connaît des taux identiques (24 à 48 % pour les antidépresseurs, 20 à 40 % pour le lithium) et même supérieur (61 % de mauvaise observance dans les traitements neuroleptiques sur une période de 2 ans) (L. Schmitt, 1992) ;

---

1. En pneumologie, la compliance traduit l'élasticité pulmonaire, variation du volume pulmonaire secondaire à la variation de pression transpulmonaire.

– la question de l'observance et de la non-observance est, en médecine somatique, un sujet souvent subversif face auquel le médecin se sent dépourvu, voire jugé ;

– les paramètres intervenant dans le niveau d'observance sont très nombreux en fonction du :

- type de domaine où l'observance est évaluée : consultation médicale, suivi rééducatif, régime, limitations diverses, exploration, rendez-vous, etc.,
- type du traitement : curatif, symptomatique, préventif, de durée brève ou prolongée, de l'importance des effets secondaires,
- type de maladie : aiguë, chronique, aiguë et prolongée, à évolution linéaire ou par poussée, avec ou sans symptôme.

À ces paramètres « externes » il faut ajouter les paramètres liés au patient lui-même (personnalité, âge, degré d'autonomie, etc.) au médecin et à la relation médecin-malade…

Enfin, il faut distinguer la non-observance du refus : ce dernier est clairement exprimé par le sujet (ou ceux qui le représentent : parents).

OBSERVANCE À L'ADOLESCENCE

Cependant, il semble exister une nette différence entre l'observance chez l'enfant et l'observance à l'adolescence : il est probable que cette comparaison est à l'origine du fait que la non-observance est considérée comme importante à l'adolescence.

En effet, les pédiatres sont les premiers à avoir eu l'attention attirée par cette question chez les enfants malades chroniques lorsqu'ils accédaient à l'adolescence. Alors que l'enfant et les parents se montraient le plus souvent dociles, respectueux, parfois même « sur-observants », brutalement à l'adolescence des patients, la maladie chronique stabilisée et contrôlée jusque-là devenait instable, les paramètres biologiques incompréhensibles, etc. Dans la littérature les termes de dissimulation, mensonge, tricherie, apparurent pour « qualifier » le comportement des adolescents malades chroniques face à leur maladie et aux soins qu'elle exigeait.

L'autre domaine où l'adolescent acquiert la « réputation » de non-observance est celui des consultations. L'absence aux rendez-vous est fréquente. Là encore, ces absences contrastaient fortement avec la régulière présence de l'enfant malade chronique aux rendez-vous du pédiatre. Mais plus encore les adolescents ne revenaient pas aux rendez-vous proposés après un premier entretien même quand ils avaient donné leur accord au cours de celui-ci pour une rencontre ultérieure. Ainsi pour I.F. Litt (1983), 39 % seulement des adolescents suicidants se présentaient à la seconde consultation. Ce fait est bien connu des lieux de consultations psychiatriques où souvent les adolescents ne reviennent pas après la première rencontre.

De nos jours l'éventualité de la non-observance doit être prise en considération et intégrée dans la relation médecin-patient comme une composante naturelle du sujet face aux « prescriptions » médicales. Elle doit être distinguée de l'alliance thérapeutique. Ceci est particulièrement important avec l'adolescent : une bonne « alliance thérapeutique » adolescent-médecin devrait leur permettre d'aborder ouvertement la possibilité et les raisons d'un comportement non observant, sans mettre en péril la continuité de la relation ou sans lui donner l'allure d'une pseudo-obéissance de surface. Les conséquences de la non-observance sont nombreuses et peuvent conduire à des attitudes négatives ou des escalades nocives :

– absence d'amélioration symptomatique (qui n'est pas constante : il y a aussi des améliorations malgré la non-observance) ;

– mauvaise évaluation de l'efficacité du traitement ;

– augmentation des doses et addition de nouvelles prescriptions ;

– multiplication d'analyses et d'examens complémentaires ;

– hospitalisation abusive ;

– erreur dans les résultats des dosages, etc. ;

– autre prescription secondaire avec risque d'escalade et de dépendance ;

– stockage des produits avec risque d'utilisation impulsive de la part du patient (tentative de suicide).

La non-observance doit donc être une possibilité prise en considération dans l'évaluation des prescriptions par le médecin mais elle doit être aussi énoncée comme une éventualité dont il sera possible de discuter entre médecin et adolescent. Cela est particulièrement important dans le cadre des traitements médicamenteux (qu'il s'agisse de malades organiques ou psychiatriques) et des régimes ou de l'hygiène de vie.

Dans le cadre des adolescents malades chroniques, à côté des particularités propres à chaque pathologie, l'observance semble liée à un certain nombre de variables individuelles et familiales (P. Alvin, 1994).

• Elle est positivement corrélée avec une bonne estime de soi et avec le degré d'autonomie sociale.

• Il existe un lien positif entre observance de l'adolescent et anxiété parentale quand celle-ci est dans les zones moyennes. En revanche, dans les extrêmes (absence totale d'anxiété parentale, voire indifférence, anxiété extrême avec surprotection) le lien est négatif.

• L'observance est mauvaise quand la maladie et/ou ses symptômes font l'objet de déni.

• L'existence de troubles comportementaux (fugue, vol, bagarre, TS, etc.) s'accompagne en général d'une mauvaise observance.

• La pathologie familiale (conflit, rupture familiale, famille chaotique) renforce la non-observance chez l'adolescent.

• En revanche, il n'y a aucune corrélation entre la connaissance de la maladie et le comportement d'observance : il est illusoire de croire qu'une « explication rationnelle et scientifique » de la maladie, de ses symptômes, des éventuelles complications, améliore l'observance. Ceci ne signifie pas qu'il faut laisser l'adolescent dans l'ignorance de sa maladie.

POUR AMÉLIORER L'OBSERVANCE

Plusieurs attitudes peuvent permettre une amélioration :

– pour les prescriptions médicamenteuses ou les régimes (maladie chronique) toutes les enquêtes montrent que le contrôle et la supervision, annoncés comme tels au patient à l'avance, améliorent le degré d'observance ;

– si une prescription s'avère nécessaire un temps d'explication doit lui être consacré ; il est indispensable d'obtenir l'adhésion de l'adolescent d'un côté et de ses parents de l'autre si on prescrit un traitement ambulatoire (il n'est pas question ici d'un traitement prescrit pendant l'hospitalisation) ;

– pour les consultations, il apparaît essentiel que l'adolescent soit lui-même impliqué. Ainsi, selon I.F. Litt, l'observance est de 66 % quand c'est l'adolescent lui-même qui prend rendez-vous. Elle est de 34 % quand le rendez-vous est pris par un tiers. Il s'agit ici d'adolescents *a priori* d'accord pour consulter ; le refus de rendez-vous est différent (voir chap. 3 et 22) et ne fait pas partie du domaine de l'observance ;

– pour les suivis ultérieurs la technique du « contrat » y compris pour le temps d'évaluation semble être un cadre rassurant et acceptable par l'adolescent (voir p. 66), susceptible d'améliorer le taux de suivi ;

– du côté du médecin, la non-observance ne doit être analysée systématiquement ni comme une mise en cause de ses compétences et de ses qualités ni comme des manœuvres de « manipulation » de la part du patient. Une telle attitude conduit en effet à ne jamais pouvoir parler de la possible non-observance ou alors seulement dans un contexte d'interruption thérapeutique ou de rejet.

Domaine nouveau, l'observance thérapeutique est à l'adolescence un paramètre essentiel à prendre en compte dans la relation qui s'instaure ou se poursuit et dans la nature des diverses « prescriptions » que le médecin propose à l'adolescent.

BIBLIOGRAPHIE

ALVIN P. : Compliance thérapeutique de l'adolescent. *Pédiatrie Pratique*, 1994, *55*, 8-11.

DAZORD A., MANIFICAT S., GERIN P. et coll. : Les difficultés de l'enfant : représentation de la famille et des soignants ; intérêt d'une enquête. *Psychiat. Enf.*, 1993, *36*, 1, 151-176.

GREENSON R. : *Technique et pratique de la psychanalyse.* PUF, Paris, 1977, 1 vol.

LITT I.F. : Know thyself - adolescents' self - assessment of compliance behavior. *Pediatrics*, 1985, *75*, 693-696.

MÂLE P. : *Psychothérapie de l'adolescent*. Payot, Paris, 1980, 2e éd., 1 vol.

MARCELLI D. : Entretien avec l'adolescent et son évaluation. Éditions Techniques, Paris, *EMC Psych.*, 1991, *37*, 213 A 10, 1-9.

SCHMITT L., MORON P. : Observance du traitement en psychiatrie. Éditions Techniques, Paris, *EMC Psych.*, 1992, *37*, 860 A 60, 2 p.

WINNICOTT D.W. : *La consultation thérapeutique de l'enfant.* Gallimard, Paris, 1971, 1 vol.

23 LES CHOIX THÉRAPEUTIQUES

Nous aborderons de façon succincte les divers modes d'approche thérapeutique de l'adolescent. Il est difficile de formaliser avec rigueur les indications thérapeutiques car elles dépendent d'un nombre de paramètres assez grand, mais de nos jours une tendance se dégage assez nettement portant sur trois points (A. Braconnier, 1999) :

– la nécessité d'une alliance thérapeutique avec le sujet ;
– la nécessité d'une alliance thérapeutique avec ses parents ;
– une attitude suffisamment active du thérapeute.

Nous savons aujourd'hui grâce à plusieurs recherches que l'alliance thérapeutique représente l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (A. Braconnier, 2003).

On perçoit aisément que cette alliance varie selon que le modèle de compréhension est de type psychanalytique, de type neurobiologique ou de type systémique familial… De nos jours, beaucoup s'accordent sur la nécessité de disposer et si besoin d'articuler au mieux ces modèles dans une conception dite biopsychosociale. Le travail du clinicien, surtout à la période d'évaluation, consiste à dégager, d'un point de vue pragmatique, l'axe ou les axes de compréhension qui lui paraissent les plus pertinents pour rendre compte des difficultés psychopathologiques observées, puis de choisir une stratégie thérapeutique qui en tienne compte.

L'ADOLESCENT ET LE PSYCHANALYSTE

La pratique psychanalytique avec des patients adolescents nécessite de prendre en compte les spécificités psychiques de cet âge : l'antagonisme entre investissements objectaux et sauvegarde du narcissisme, la difficulté de trouver la bonne distance relationnelle avec les objets d'investissements. Ces spécificités retentissent sur la pratique psychanalytique qui doit toujours être

aménagée en fonction de la capacité de l'adolescent à tolérer et à maintenir la relation thérapeutique. Il convient de distinguer plusieurs attitudes techniques qui peuvent rapprocher un analyste et un adolescent. « Le travail thérapeutique ne peut plus se centrer sur la seule réalité interne en fonction de laquelle on interprêterait l'utilisation faite de la réalité externe. Il passe par un aménagement de celle-ci de façon à renforcer la capacité d'élaboration du Moi et secondairement la progressive reconnaissance de sa réalité interne… » (P. Jeammet, 2002).

Parmi les différentes techniques psychanalytiques (A. Braconnier, 1998), à l'adolescence, la classique cure-type laisse très largement la place à la psychothérapie d'inspiration psychanalytique et au psychodrame qui sont les deux techniques de loin les plus utilisées.

LA PSYCHOTHÉRAPIE D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE (PIP)

La psychothérapie d'inspiration psychanalytique peut se définir comme un système de communication s'établissant dans une relation interpersonnelle grâce à un certain type de travail. Celui-ci consiste à analyser cette relation et porte sur le fonctionnement mental, c'est-à-dire l'ensemble des attitudes internes du sujet (D. Widlöcher). Il utilise la suggestion, l'abréaction, la clarification et l'interprétation alors que le psychanalyste type n'utilise que l'interprétation (R.S. Wallerstein, 1975), point de vue, à notre avis, excessif.

La PIP se distingue également de la « cure type » par la situation de face à face où le patient peut toujours garder un lien perceptif direct avec le praticien, par le nombre de séances (une ou deux fois par semaine) et par sa durée qui varie de quelques mois à un maximum de trois ans. Au-delà de cette limite, il faut reposer l'indication de la PIP (P.B. Schneider, 1976).

Dans l'ensemble, la « cure type » analyse le transfert et la résistance en remontant jusqu'aux racines génétiques et dynamiques alors que la psychothérapie d'inspiration psychanalytique reconnaît le transfert et la résistance en utilisant rationnellement cette reconnaissance pour la thérapie. Nous pouvons alors mieux comprendre que la psychothérapie d'inspiration psychanalytique ait des buts précis, mais évidemment adaptés à chaque adolescent :

– atténuer ou faire disparaître un ou plusieurs symptômes ;

– changer certains secteurs de la personnalité (par exemple, tendance agressive, répétition des relations de dépendance à l'entourage, passivité, etc.) et de la vie du sujet ;

– permettre au minimum à l'adolescent de coexister avec ses troubles, son angoisse et ses autres affects ;

– diminuer l'influence que ceux-ci pouvaient exercer sur sa vie personnelle, familiale, scolaire, professionnelle, sociale;

– au total répondre plus directement que la cure analytique au désir de guérir.

L'indication de la PIP, par rapport aux consultations thérapeutiques s'appuie sur la reconnaissance chez l'adolescent, dans sa famille et chez le thérapeute lui-même, d'une part de la gravité de ce qui est arrivé ou arrivera, et d'autre part de la vulnérabilité que suscite pour l'avenir une pathologie grave. Les indications de la PIP ne s'appuient pas tant sur des catégories nosographiques que sur la capacité de l'adolescent à profiter de cette approche, c'est-à-dire à établir une relation et à réaliser un certain travail, ou en d'autres termes à développer une capacité de se préoccuper de son monde interne et d'entrer en contact avec la source de ses conflits. Incontestablement une PIP est souvent plus adaptée que la cure type à l'ensemble des troubles psychiques de l'adolescence en particulier par l'utilisation d'un transfert qui, répétons-le, n'est pas tant analysé que reconnu. L'aspect mouvant et parfois très chaud du transfert établi par les adolescents qui luttent contre «lui», nécessite d'être prudent dans son maniement rendu possible et plus aisé par cette démarche de reconnaissance plus que d'analyse. En outre, le besoin de l'adolescent de rencontrer de nouveaux objets et de faire de nouvelles expériences réelles ou imaginaires trouve à se réaliser dans cette approche. Le travail de verbalisation des situations et des conflits remplit le vide parfois ressenti de façon insupportable dans les silences de la cure type. Enfin, nous insisterons sur la possibilité qu'a l'adolescent d'échanger au niveau du sensorium par la relation établie à travers le regard de l'autre «sorte de Moi auxiliaire permanent» (L. Vaneck, 1978).

La PIP est ainsi volontiers recommandée dans les organisations conflictuelles où dominent la compulsivité et les affects dépressifs ainsi que dans les cas où une cure type n'est pas possible pour des raisons matérielles.

LE PSYCHODRAME PSYCHANALYTIQUE

Le psychodrame psychanalytique est souvent considéré comme une technique de choix à l'adolescence.

Dérivant de l'intégration du modèle de la cure psychanalytique et du psychodrame de Moréno, le psychodrame psychanalytique est particulièrement intéressant à l'adolescence. On retrouve là les conditions de l'aire transitionnelle de la première enfance et du développement à l'adolescence de l'articulation entre l'interne et l'externe par la médiation des «objets transformationnels» (C. Bollas, 1978; A. Braconnier, 1986). Il peut soit s'organiser autour d'un groupe de patients associé à deux ou trois psychanalystes, soit s'adresser à un seul patient parmi un groupe de quatre à six thérapeutes psychanalystes comprenant un directeur de jeu et des cothérapeutes. De toute façon, on propose au patient d'apporter une idée de scène qu'il jouera

avec un ou plusieurs participants. Ces modalités représentent évidemment un coût économique dans tous les sens du terme. Toutefois, outre son intérêt thérapeutique, le psychodrame psychanalytique est un mode de formation intéressante et dynamique pour les futurs thérapeutes de l'adolescent. Par rapport aux deux approches précédentes, le psychodrame trouve sa spécificité dans la pluralité des thérapeutes et l'agir à travers le jeu.

P. Jeammet considère le psychodrame psychanalytique comme une technique qui fait de l'aménagement du cadre non pas un préalable acquis, mais justement un des objectifs de l'action psychothérapique. En effet, « le psychodrame induit dans ses règles techniques des paramètres qui vont dans le sens des défenses habituelles des adolescents : défense par l'agir et l'accrochage à la réalité externe, recours ou concret, au percept et à la sensation… » Il a donc pour but de mettre en jeu ces défenses afin de les transformer en des paramètres fondateurs du cadre. La mise en échec de l'énonciation verbale des associations libres de pensée par l'inhibition, le vide de la pensée et l'accrochage au réel au détriment du fantasme est ici déjouée.

De plus, le corps est constamment présent : les mouvements, les positions, l'aisance ou la gêne viennent constituer une toile de fond au discours verbal. Mieux même, ils tissent un discours corporel parallèle qui quelquefois dément ce que dit la bouche, en dit plus ou souligne une parole en apparence banale, qui de ce fait sort de la grisaille. « Le corps du patient s'adresse au regard des thérapeutes et rencontre leur corps » (M. Basquin, 1980).

Le psychodrame offre également une possibilité de figuration de l'activité psychique grâce à l'étayage sur la réalité externe représentée par les différents participants. Enfin le groupe permet aussi d'éviter l'impact traumatique pour certains adolescents, d'une relation duelle qui accroît l'excitation pulsionnelle, et condense l'ensemble des menaces lié à « l'objet ». Il fragmente le transfert qui va être cristallisé et médiatisé par le directeur de jeu. La pluralité des joueurs permet donc une différenciation des images mais la présence d'un directeur de jeu assure la cohérence de l'ensemble et joue un rôle organisateur pour le Moi de l'adolescent.

Comme pour la « cure type » et la PIP, les indications du psychodrame psychanalytique ne s'appuient pas tant sur des catégories nosographiques que sur le souci de relancer le fonctionnement mental dans des situations où celui-ci semble court-circuité par les affects, envahi par la négation, le clivage ou la collusion des imagos. Cette approche est sans doute particulièrement utilisable dans les troubles psychotiques de l'adolescence ou lorsque la psychothérapie ou la psychanalyse se trouvent bloquées.

LA CURE TYPE

Le déroulement de la cure avec ses impacts possibles soulève des questions aussi bien métapsychologiques que techniques. Les éléments en cause sont

connus : la reviviscence simultanée des conflits archaïques, des conflits œdipiens, des conflits actuels et la remise en cause des assises narcissiques soulèvent le problème de la nature du processus transférentiel susceptible de se développer ; la collusion entre les facteurs internes et externes pose celui des résistances ; enfin le psychanalyste d'adolescents est confronté au poids de la poussée biologique sur l'exacerbation des conflits et sur le remaniement des fantasmes. Il est par ailleurs en face d'un « mode de fonctionnement psychique passé et présent, non pas en soi, mais inséré dans un ensemble spatio-temporel intégrant d'une part, les relations avec le monde (famille, pairs, adultes, etc.) et d'autre part, les dialectiques de l'urgence et de la temporalisation, du passage à l'acte et du projet, de l'initiation et du moratoire… » (R. Cahn, 1980).

Les réserves à la cure type. — Les psychanalystes hostiles à l'indication d'une cure type à l'adolescence s'appuient sur les arguments qu'on peut résumer ainsi :

– La régression liée au cadre (position allongée, plusieurs séances par semaine), elle-même conséquence des objectifs de l'analyse (induire un mouvement régressif constituant de la névrose de transfert) est en soi un risque chez un sujet au moi confronté à l'activation pubertaire et au retour du refoulé (en particulier des fantasmes incestueux et des fantasmes d'omnipotence), donc fragilisé et encore insuffisamment organisé de façon stable. L'analyste peut facilement devenir un espion intrusif, persécuteur et menaçant l'identité.

– Les positions narcissiques de l'adolescent favorisent de façon trop facile et rapide le sentiment que l'analyste est un autre soi-même, dont la perte potentielle constitue une menace, particulièrement émergente chez les adolescents dépressifs en raison des particularités et des identifications narcissiques qui les caractérisent (*cf.* chap. 9, L'adolescence : deuil ou dépression).

– La tendance à l'agir et le besoin d'ancrage dans la réalité externe menace le cadre analytique alors qu'ils deviendront au contraire des paramètres utiles dans le psychodrame.

– Les résistances extérieures découlant du milieu dans lequel vit le patient (parents, groupes de pairs, milieu scolaire ou professionnel) et par là même les transferts parallèles, parfois massifs (état ou déception amoureuse, relation homosexuelle latente) mettent en échec la psychanalyse car elle reste difficilement interprétable dans et par le processus transférentiel.

L'intérêt de la cure type, ses exigences. — À l'opposé certains psychanalystes acceptent l'idée d'une cure psychanalytique chez l'adolescent, surtout les plus âgés. Chacun reconnaît cependant qu'elle doit être réservée à un petit nombre, même si elle reste pour certains une approche particulièrement souhaitable : il ne s'agit pas des adolescents les moins atteints en apparence, mais ceux au contraire pour lesquels l'aide apportée doit chercher à renverser le processus pathologique mis en place. Pour ces psychanalystes, seule la

réactivation dans le transfert des fantasmes nodaux (M. Laufer), la répétition des déficiences précoces de l'environnement (holding-environnement allant jusqu'à la psychose de transfert) (F. Ladame) permettent d'atteindre le niveau fantasmatique et le stade archaïque mis en cause, ce qui seul est susceptible de provoquer un réaménagement ultérieur.

Aux réserves émises à propos de la difficulté à établir une névrose de transfert à l'adolescence, ces psychanalystes répondent sur deux modes : d'une part ils reconnaissent et acceptent la possibilité d'envisager des mouvements évoquant plus une psychose qu'une névrose de transfert; d'autre part, ils estiment qu'avec l'adolescent, le mode de transfert développé ne contient pas seulement des éléments pathologique en termes historiques ou psychogénétiques, mais contient aussi dans l'ici et maintenant la solution pathologique qui est utilisée inconsciemment pour essayer de résoudre un conflit de développement.

De toute façon, la mise en place d'une psychanalyse nécessite des exigences initiales, des préalables pour que puisse se dérouler un tel traitement. Nous en distinguerons trois types :

Les exigences liées aux réalités externes. — La durée du traitement sur une longue période de temps, et à un rythme suffisant (au moins trois séances par semaine) nécessite un arrangement de base qui n'est pas toujours aisément réalisable. Cependant, cette planification est nécessaire pour se donner la possibilité de permettre à l'ensemble du processus pathologique, en particulier à ce que M. Laufer appelle la « cassure », d'être revécue au sein du transfert : « le thérapeute et l'adolescent auront dès lors le temps de comprendre le sens du rejet du corps sexué et le besoin de rechercher les différentes façons de détruire ce corps d'une manière ou d'une autre. » L'analyste aura le temps et s'efforcera de garder le conflit vivant afin d'interpréter à l'adolescent comment il essaie d'attaquer son analyste de la même manière qu'il attaque son corps sexué.

Le paiement des séances par un tiers, le plus souvent les parents, nécessite de fait l'accord de ces derniers pour cette démarche de leur enfant.

Les exigences liées à l'adolescent lui-même. — L'indication d'une cure type est là aussi un problème difficile. La possibilité chez l'adolescent de supporter un minimum de recul face aux difficultés auxquelles il est confronté est une exigence initiale (E. Kestemberg, 1971). Ceci signifie que l'adolescent doit éprouver une réelle souffrance interne, ne pas être trop projectif, avoir un Moi suffisamment solide pour faire appel à des solutions venant de l'intérieur; par là même, l'adolescent doit ressentir un net désir de se connaître (L. Vaneck, 1978). Cet ensemble d'exigences amène certains auteurs à n'envisager une cure analytique qu'en fin d'adolescence, mais répétons-le, ce n'est pas le cas de tous les psychanalystes.

Les exigences du psychanalyste. — Les difficultés déjà évoquées rappellent ce qui a été dit à propos des cures de patients « états limites » ou « narcissiques ». Chacun sait maintenant que pour le traitement de ces patients, la personnalité réelle du thérapeute joue un rôle beaucoup plus important qu'avec un patient névrotique. Il faut pouvoir accepter d'être un objet partiel pour le patient « borderline » comme pour l'adolescent, d'être soumis aux attaques de haine et au mouvement d'omnipotence de la part du patient narcissique comme de l'adolescent. À ce prix seulement la thérapie pourra, à la longue, évoluer vers une névrose de transfert analysable. Enfin, « la psychopathologie. de l'adolescent ne peut être prise au sérieux que si nous sommes capables de prendre au sérieux notre propre adolescence et notre passé » (M. Laufer). Cette « prise au sérieux » permet que le traitement de l'adolescent malade ne tourne pas court et ne devienne pas « la répétition de ce que nous avons appris, plutôt que quelque chose à quoi nous croyons ». Cette position explique l'importance qu'accordent certains psychanalystes à l'évaluation et aux exigences initiales pour un tel traitement et explique les indications de la cure type : « troubles graves mais non psychotiques telle que cassure dans le développement ou état limite. » Ceci pose évidemment deux questions :

1) celle de l'étendue des difficultés externes ou internes qui peuvent entraver l'organisation de la cure, mais là encore citons M. Laufer : « si un tel traitement n'est pas possible pour quelque raison que ce soit, je pense qu'il faut dès lors que nous réexaminions le but du traitement et que nous soyons conscients également des limites qui peuvent être inhérentes à nos efforts pour lever la pathologie » ;

2) celle des aménagements techniques : les réponses dépendent trop de chaque situation pour être généralisées, mais le principal risque réside dans la mise en avant de ces difficultés d'aménagements au nom d'un meilleur déroulement du processus analytique, alors qu'il peut s'agir de contre-attitude de la part du psychanalyste. Là réside toute la difficulté.

L'alliance thérapeutique. — Le rôle de l'analyste dans le développement d'une alliance thérapeutique est un point important. Chacun connaît les difficultés de mise en place de cette alliance dans la cure analytique à cet âge. Le Groupe de Recherche de l'Adolescent à la Hampstead Clinic a étudié tout particulièrement cette question. M. Laufer l'a plus récemment développée (1981) : « pour créer une alliance thérapeutique, l'adolescent doit être conscient du fait qu'il a besoin d'aide ; il doit avoir le sentiment que l'analyste peut lui apporter de l'aide pour ses conflits internes et qu'il est aussi quelqu'un sur qui il peut compter pour lui prêter secours dans les situations importantes de la vie réelle. » Deux attitudes doivent être plus particulièrement présentes à l'esprit du psychanalyste pour développer cette alliance thérapeutique à l'adolescence :

1) l'apport d'un minimum de satisfaction narcissique tout au long de l'analyse, satisfaction offerte à petites doses et déterminée par les besoins immédiats d'identification du patient ;

2) l'offre de l'analyste comme étant lui-même objet d'identification encourageant l'adolescent à adopter momentanément des manières d'être qui sont un reflet de l'analyste ; ce dernier « peut être un moi auxiliaire, un Moi idéal, une conscience auxiliaire, parfois tout à la fois ». Ceci n'est pas contraire à l'analyse classique, mais il faut accepter et savoir que le traitement de l'adolescent requiert des adaptations temporaires.

Les différents types de transfert. — Les discussions sur les rapports entre psychanalyse et adolescence abordent aussi la possibilité de voir se développer un transfert analysable.

Bien plus qu'un transfert banal, l'adolescent établira un transfert « chaotique » à la recherche d'un objet évocateur répondant à la fois à la sécurité d'une relation d'objet reconnaissable (lié au développement antérieur des relations d'objets infantiles) et aux nécessaires transformations de ces relations d'objets en représentations nouvellement élaborables (liées au développement actuel du processus « d'adultité »). Si l'évocation est essentiellement régrédiente (d'un point de vue temporel), c'est-à-dire appartenant au monde de l'enfance, elle ne peut être qu'un appui sécuritaire, si elle est essentiellement progrédiente, elle ne peut être que menaçante (A. Braconnier, 1994). On comprend alors mieux la variété des types de transfert généralement rencontrés dans les traitements psychanalytiques des adolescents en difficulté.

L'établissement d'un transfert psychotique se réfère aux aspects archaïques resurgissant à cette période du développement : l'explosion libidinale envahissant dangereusement les fantasmes et les pulsions incestueuses, le rejet des identifications parentales et les inquiétudes relatives à l'identité du sujet, l'angoisse qui s'ensuit concernant la cohésion de la personne, la proximité de tous les possibles et en particulier celui de la réalisation génitale ramenant à la mégalomanie infantile avec la qualité d'angoisse qu'elle suscite, angoisse d'anéantissement et de morcellement. Dans le transfert psychotique, l'analyste dépositaire des objets internes et l'analyste en tant que personne réelle, distincte du patient, sont confondus. L'analyste devient totalement le monde interne du sujet et l'écart entre l'analyste « personne extérieure » et l'analyste « objet » ne peut se travailler.

L'établissement d'un transfert narcissique se comprend tout autant si l'on tient compte des mouvements d'idéalisation de l'adolescent entraînant dans la cure un « transfert idéalisant » sur le Soi-objet idéalisé analyste, et des mouvements d'omnipotence où l'analyste devient l'idole porteur de la projection narcissique de l'adolescent entraînant alors dans la cure un transfert au niveau du Soi grandiose ou « transfert en miroir ». Ces transferts narcissiques se manifestent comme pour les personnalités narcissiques en

analyse, par des rages narcissiques, se portant tantôt sur le Soi-objet analyste, tantôt sur le Soi-corporel, sous la forme de manifestations hypochondriaques ou de conduites autodestructrices.

En outre, P. Gutton a décrit le « transfert pubertaire », l'articulant au concept de « scène pubertaire ». Cette scène pubertaire confère à l'adolescent, contrairement à la scène primitive, un rôle central lui permettant d'accentuer la distinction entre objet externe et objet interne et entre objet incestueux et objet homoérotique (P. Gutton, 1991). Une autre manière de concevoir ce transfert pubertaire pourrait renvoyer à ce que M. Laufer a appelé le « fantasme masturbatoire central » : l'adolescent projette la haine de lui-même et de son corps sur le psychanalyste. Celui-ci devient alors fantasmatiquement, par effet transférentiel, le parent dangereux.

Enfin le transfert névrotique évoquant, lui, plus classiquement les modalités largement décrites et reconnues dans les cures types d'adultes névrosés, transfert unissant la névrose de transfert et la névrose infantile.

Ces quatre types de transfert, névrotique, psychotique, narcissique et pubertaire seront tour à tour présents : cette coexistence caractérise pour une grande part la cure analytique des adolescents. Évidemment, selon la pathologie prédominante, l'un sera prévalent par rapport aux autres : par exemple, dans les états dépressifs : le transfert narcissique ; ou dans les états limites : le transfert psychotique.

La prise en compte de ces différents types de transfert, la possibilité de les analyser, l'engagement qu'ils suscitent pour l'analyste et l'analysant seront souvent déterminants pour décider d'une cure type. Ils expliquent pour une grande part les avis divergents sur le problème de l'« analysabilité » à l'adolescence.

Les pièges contre-transférentiels. — Nous sommes ainsi amenés aux notions de pièges contre-transférentiels évoqués par E. Kestemberg dont les plus importants sont :

– l'investissement narcissique du thérapeute qui peut être gratifié, tout comme il peut être attaqué ;

– la rivalité entre les parents réels et le thérapeute amenant celui-ci à se situer en meilleur parent ;

– la négligence de la réalité externe ;

– et évidemment les mouvements trop séducteurs, castrateurs, trop paternels ou trop envahis par nos possibilités de rivalité ou notre besoin profond de vouloir réparer à tout coup.

Ces pièges ne sont pas spécifiques de la cure type, mais ils y ont un effet particulièrement négatif. Ils se retrouvent aussi dans les diverses approches évoquées ci-après.

LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHANALYTIQUE DE RELAXATION

Bien qu'il existe d'autres méthodes de relaxation, méthodes à visées pédagogiques (Vittoz, G. Alexander, Jacobson) ou plus psychothérapiques (Schultz, Klotz, et Jarreau, Sapir) pour ne citer que les plus utilisées en France, nous rappellerons brièvement l'intérêt de la psychothérapie psychanalytique de relaxation à l'adolescence.

Elle a pour but de s'intéresser très particulièrement au corps de l'adolescent et de lui proposer essentiellement d'apprendre non pas tant la détente que l'écoute et le ressenti de ce corps. « C'est avant tout une relation où l'on choisit comme lieu de la rencontre, non pas le discours du patient, son langage, ses fantasmes, ses rêves, mais le vécu corporel, les états du corps propre, le ressenti » (M.L. Roux ; 1981).

L'importance du tonus musculaire a été mise en évidence grâce aux travaux d'Ajuriaguerra à propos de la vie émotionnelle et pour la compréhension de la vie affective. Il est incontestable que l'adolescent utilise volontiers la mise en tension de son corps comme mode de défense vis-à-vis de l'angoisse et des conflits qui y sont liés. Le besoin d'agir, d'activité physique ou sportive et leurs valeurs cathartiques à cet âge ont à peine besoin d'être rappelés.

Les buts poursuivis par la psychothérapie psychanalytique de relaxation sont :

– « établir un sens pour ce qui survient dans le corps » ;

– permettre le développement d'une image interne rassurante ;

– augmenter la fonction cognitive du Moi ;

– relibidinaliser le corps par sa réintroduction dans le champ de la conscience ;

– permettre le passage d'une activité corporelle inconsciente à caractère autoérotique (répétition, fonction défensive de l'armure caractérielle) à l'élaboration d'une activité à caractère narcissique (agrandissement du Moi-plaisir, meilleure maîtrise pulsionnelle) (M.L. Roux, 1981).

Nous voyons ainsi que l'adolescent profite volontiers de cette technique, en particulier lorsque ses conduites sont centrées sur le corps (*cf.* chap. 6, p. 128).

LES THÉRAPIES FAMILIALES

La multiplicité des référents théoriques, la variabilité du cadre technique, la diversité des modalités pratiques, tout cela impose de parler, non pas de « la thérapie familiale » comme d'une approche thérapeutique simple et unifiée, mais plutôt « des thérapies familiales ». Depuis quelques années leur

pratique est de plus en plus fréquente, les publications sur ce sujet de plus en plus nombreuses.

Historiquement les premières thérapies familiales explicitées comme telles, eurent pour objet des familles où se trouvait un jeune adulte ou adolescent schizophrène. En effet, les tentatives pour traiter la psychose, et plus précisément la schizophrénie d'un sujet jeune, montrèrent combien la structure familiale est impliquée dans la genèse des troubles du patient; ainsi l'effort thérapeutique se déplaça bientôt du seul patient à la totalité du groupe familial.

L'ensemble de ces méthodes et de ces conceptualisations vit progressivement le jour, d'abord aux États-Unis dans les années cinquante, puis se diffusa ensuite en Europe. D'une façon très simplifiée, et un peu schématique on peut distinguer deux grands courants théoriques : 1) les thérapies familiales reposant sur les théories systémiques et les théories de la communication; 2) les thérapies familiales s'inspirant des conceptions psychanalytiques.

En ce qui concerne plus précisément l'adolescence, il est évident que cette période de la vie représente une menace potentielle pour la cohésion du groupe familial et le maintien du mythe familial qui l'organise; cette constatation est d'autant plus évidente si l'on envisage l'adolescence comme une seconde phase de «séparation-individuation» aboutissant à l'autonomisation, puis au départ d'un des membres de la famille.

La pratique de la psychopathologie de l'adolescent rend évidente l'importance des interactions familiales, quel que soit le degré de cette pathologie. La rencontre avec les parents, voire le groupe familial élargi (fratrie, grands-parents) s'avère souvent nécessaire et bénéfique. Nous avons déjà abordé les relations entre l'adolescent et le groupe familial aux chapitres «l'adolescent et sa famille» et «l'entretien avec l'adolescent» au moment de la phase d'investigation. Le lecteur est prié de s'y reporter, l'objet du présent chapitre étant limité au strict abord thérapeutique.

LES THÉRAPIES FAMILIALES SYSTÉMIQUES

Ce cadre regroupe l'ensemble des thérapies dont l'action se centre non pas sur l'individu désigné comme malade par le groupe familial, mais sur l'ensemble des interactions qui président aux échanges entre les divers membres de ce groupe.

Ces thérapies familiales s'inspirent largement des théories systémiques (Bertalanffy, Brodey) qui elles-mêmes puisent leur source dans les concepts de la théorie cybernétique. En effet les notions d'homéostasie, de rétroaction, de boucle régulatrice, de «feed-back» positif ou négatif sont largement utilisées. En cela elles diffèrent du cadre conceptuel de la psychanalyse qui

puisait une partie de ses sources dans les théories énergétiques thermodynamiques ou mécaniques.

Les thérapies familiales ont connu leurs premiers succès dans l'approche du psychotique ; très vite en effet il a fallu se rendre à l'évidence que la thérapie centrée sur le seul malade avait toutes les chances d'aboutir à un échec : dans de nombreux cas cette rupture survenait de façon paradoxale au moment précis où le patient semblait s'améliorer. Une étude attentive du contexte familial a alors montré que le patient était pris dans un réseau d'interaction tel que l'apparente maladie de l'individu paraissait nécessaire à la stabilité de l'ensemble.

Théorie des systèmes. — Elle repose sur quelques principes simples : 1) le principe de l'homéostasie d'un système : toutes les forces tendent vers une situation d'équilibre stable. Le niveau d'anxiété globale du système tend à croître lorsqu'une menace de dislocation ou de déséquilibre apparaît ; 2) la nécessité de changer les types d'interaction pour retrouver un nouvel équilibre quand l'un des membres du système change : cette notion du changement s'oppose au principe de l'homéostasie et explique la résistance au changement thérapeutique. La fonction familiale du malade est en effet de préserver cette homéostasie. Inversement la croissance de l'enfant implique de la part de la famille saine une capacité de changement dans ses modes d'interaction, surtout lors des phases critiques du développement (naissance, œdipe, adolescence, départ de l'adulte, etc.).

Élément de compréhension essentiel dans l'approche systémique, le système familial ne se réduit pas à la somme de ses parties : le système dans sa totalité est plus que la somme de ses parties, il fonctionne à un niveau différent. La fonction première du système est adaptative : l'équilibre du système lui-même est plus important que l'équilibre des éléments individuels qui le composent.

Théorie de la communication. — La théorie de la communication a été initialement élaborée par des psychiatres de l'université californienne de Palo Alto, très imprégnés des théories cybernétiques : celles-ci leurs ont servi de modèle avec les notions de rétroaction positive ou négative, de boucle régulatrice, de système homéostatique, etc.

En effet, d'un modèle explicatif linéaire (modèle de la thermodynamique du XIXe siècle), les théoriciens de la communication sont passés à un modèle circulaire où chaque terme est déterminé par le précédent, mais détermine aussi le suivant qui rétroagit sur le premier, etc.

Les règles qui régissent les interactions entre les membres de l'ensemble sont soit explicites, soit implicites. Elles servent à établir et structurer les différents rôles ainsi qu'à décoder les messages entre les divers membres. Les théories de la communication (Watzlawick, 1975 ; Selvini, 1980) reposent sur cinq prin-



FIG. 23-1. — *Modèle d'interaction linéaire.*

FIG. 23-2. — *Modèle d'interaction circulaire.*

cipes : 1) une personne en situation d'interaction ne peut pas ne pas communiquer : refuser de communiquer n'est qu'un type particulier de communication. Tout comportement a valeur de communication ; 2) tout message comporte deux canaux distincts : un canal digital, c'est le message verbal ; un canal analogique, c'est le message non verbal (mimique, gestualité, posture, inflexion de la voix, etc.). La partie du message contenue par un canal peut être en harmonie avec l'autre partie contenue dans le second canal, en dysharmonie ou même en contradiction. La dysharmonie et surtout la contradiction de ces deux niveaux définissent la communication paradoxale ou en « double bind » (voir Les psychoses à l'adolescence, p. 319) ; 3) le message émis n'équivaut pas au message reçu : le récepteur peut ne recevoir qu'une partie du message, ou utiliser un système de décodage différent de l'émetteur. En particulier, le récepteur peut être particulièrement sensible au canal analogique (mimique, voix, etc.) alors que l'émetteur n'est conscient que du canal digital (le discours lui-même) ; 4) communiquer sur la communication (la métacommunication) n'est possible que si le système est ouvert. Cette ouverture peut provenir soit d'une capacité de chacun des membres à prendre le recul nécessaire, soit de l'introduction d'un nouvel élément incitant à la métacommunication (le thérapeute). Faute de cette métacommunication, le système reste clos et reproduit indéfiniment le même type d'interaction ; 5) il existe deux grands types de communication répondant à deux types de relations : communication symétrique ou en miroir, communication de type complémentarité.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire les principaux types de communications normaux et surtout pathologiques (problème de ponctuation, escalade symétrique, complémentarité rigide et surtout communication paradoxale, etc.), mais le travail du thérapeute systémique consiste d'abord à repérer ces types de communication. Ce repérage effectué, il faut choisir la meilleure technique pour créer une ouverture dans le système : ouverture dynamique quand les membres du système semblent pouvoir accéder à un niveau de métacommunication, ouverture contraignante quand le thérapeute est confronté à un système si rigide qu'il en est réduit à adopter délibérément le même système interactif pathologique (c'est l'exemple de la prescription thérapeutique paradoxale de M. Selvini).

Barrière générationnelle et mythe familial. — Par-delà l'observation des modes de communication normaux et pathologiques, observation qui ignore délibérément le contenu de la « boîte noire » (laquelle désigne pour les systémiciens, tout ce qui est intrapsychique et par conséquent inaccessible à l'observation), l'attention récente des systémiciens tend à se centrer aussi sur une nouvelle dimension : celle du mythe familial, et de la place respective des générations (enfant, parent, grand-parent). Ainsi J.P. Rabreau (1983) souligne-t-il : « la crise familiale provoquée par un adolescent met en scène un drame avec, au moins sept personnages : un adolescent, deux parents, quatre grands-parents. » La manière dont les générations se succèdent et communiquent l'une par rapport à l'autre en respectant la barrière transgénérationnelle ou au contraire en la contournant, l'annulant, l'augmentant, est de plus en plus finement analysée par les systémiciens. Le « secret » tendu d'une génération à l'autre a été particulièrement étudié, d'où découle la fonction de « délégation » : un individu d'une génération se voyant attribuer, à son insu, le rôle et la fonction d'un membre d'une génération précédente, membre secrètement caché. Autour de ces « secrets » et de ces rapports transgénérationnels se construisent les « mythes familiaux », mythes qui risquent d'enserrer chaque individu à une place inamovible et de rigidifier le groupe familial. Ainsi dans les familles « dysfonctionnelles » J.P. Rabreau distingue : 1) les hyperstructurations verticales ou les liens transgénérationnels sont quasi exclusifs, gênant l'établissement des liens horizontaux. Ces hyperstructurations obéissent en général à des lois émanant d'instances mythiques grand-parentales et ancestrales. Il n'y a pas de place ici pour la « crise de l'adolescence » et le processus d'individualisation qui en découle; 2) les astructurations familiales où on constate un « enchevêtrement familial » (S. Minuchin, 1979) : les frontières intergénérationnelles, voire même interindividuelles sont estompées au profit de lien symbiotique. La « pseudo-mutualité » (Wynne, 1963) permet de maintenir dans le système familial toutes les sources d'excitation, de masquer les divergences et de conserver une apparence d'uniformité; 3) les triangulations rigides enfin s'observent quand deux individus s'unissent contre le troisième. Il peut s'agir, selon J.P. Rabreau, de triangulation de persécution quand par exemple le couple parental a besoin pour masquer son conflit conjugal de projeter sur l'un des enfants les menaces persécutives (lorsque l'enfant devient adolescent ce système qui parfois avait pu jusque-là assurer une homéostasie, menace alors de s'effondrer devant la tentative d'autonomie de l'enfant-adolescent, ce qui aboutit à réactiver les manifestations pathologiques de ce dernier). Dans d'autres cas on observe des coalitions transgénérationnelles plus ou moins rigides avec la « parentification » de l'enfant puis de l'adolescent, coalition établie soit pour lutter contre l'autre parent, soit pour soutenir le parent défaillant (dépression maternelle par exemple).

Cet intérêt porté aux rapports entre les générations et aux modalités pratiques qui les règlent, débouche pour certains auteurs sur des attitudes

thérapeutiques très concrètes. Ainsi certaines thérapies familiales débutent-elles par l'établissement de l'arbre généalogique, permettant à chaque membre de se situer. De même, il est parfois utile d'étendre la thérapie familiale à un groupe plus large que le noyau réduit adolescent-parents, en y invitant la fratrie, ou les grands-parents lorsque l'un ou l'autre semble jouer un rôle dans le « mythe familial ».

Modalités pratiques et indications. — Nous n'entrerons pas dans le détail des divers aménagements pratiques proposés par les auteurs : ceux-ci sont trop nombreux et variables d'un thérapeute à l'autre. Nous signalerons simplement quelques points importants :

– il est essentiel, à partir du moment où le principe d'une thérapie familiale a été accepté par la famille, que le thérapeute systémique ne rencontre jamais un individu isolément, quelles que soient les multiples manœuvres effectuées pour l'y contraindre ;

– la durée des séances est toujours assez longue. Avec le groupe familial, plusieurs thérapeutes sont présents (deux ou même parfois plus), souvent assistés de cothérapeutes ou d'observateurs (dans la même salle, ou dans une salle voisine grâce à une vitre sans tain ou une installation magnétoscopique). Leur rythme oscille entre la quinzaine et le mois. La durée du traitement est variable. Certains thérapeutes conviennent dès le début d'un nombre maximum de séances ou au moins d'une rediscussion régulière de l'indication (selon le principe du « contrat » très utilisé dans les pays anglo-saxons) ;

– la conduite des entretiens exige de la part du thérapeute familial une formation adaptée qui l'a rendu sensible aux diverses modalités d'interactions, tout en étant capable lui-même de contrôler ses propres canaux de communication (digital et surtout analogique). Le thérapeute familial se doit d'être actif, c'est-à-dire d'intervenir, de couper éventuellement la parole, de redistribuer celle-ci à un autre membre : laisser faire la dynamique spontanée du groupe familial revient en effet à laisser perdurer le système clos d'interactions. Même si ces interactions sont chargées de significations symboliques, celles-ci ne peuvent être perçues par les membres du groupe pris dans l'agir de la communication : le rôle du thérapeute familial consiste à permettre aux membres du groupe de découvrir eux-mêmes le sens symbolique de ces interactions en distribuant autrement la communication. Pour ce faire le thérapeute a intérêt à centrer ses interventions sur le récepteur du message et à obtenir que ce dernier explicite son propre système de décodage. Les interventions sur l'émetteur (celui qui parle ou dont la communication analogique prime) risquent en effet d'avoir un effet « sauvage » et d'être sadiquement utilisées ensuite par les autres membres de la famille. Il est souvent préférable d'utiliser un incident mineur de la vie quotidienne, plutôt qu'une discussion sans thème : à propos de cet incident mineur, le thérapeute essaiera d'analyser le niveau implicite d'interactions caché sous le niveau explicite et

de décoder les relations de pouvoir (comment est hiérarchisée la parole dans le groupe, qui ponctue les séquences, etc.).

Les indications sont assez larges et n'ont pas de critères limitatifs en dehors des contraintes matérielles. Un certain nombre d'indications sont fréquemment relevées. Citons :

– les diverses formes de psychoses à l'adolescence (*cf.* chap. 11, Étude clinique des psychoses à l'adolescence);

– l'anorexie mentale de l'adolescence : le rôle des relations familiales apparaît essentiel dans le développement de cette affection (*cf.* p. 143). M. Selvini (1980) considère qu'il s'agit d'une indication majeure des thérapies familiales.

LES PSYCHOTHÉRAPIES FAMILIALES D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE

La prise en considération des « résistances familiales » dans le traitement psychanalytique des patients ne date pas d'hier puisque dès 1916, Freud y faisait référence dans « l'Introduction à la Psychanalyse » : « la plupart des insuccès de ces premières années doivent être attribués moins à l'inexpérience du médecin ou au choix inadéquat de l'objet, qu'à des circonstances extérieures défavorables. Nous n'avons parlé jusqu'ici que des résistances intérieures… Mais il y a aussi des obstacles extérieurs : ceux-ci découlant du milieu dans lequel vit le malade, créés par son entourage, n'ont aucun intérêt théorique, mais présentent une très grande importance pratique… Nous sommes armés contre les résistances intérieures qui viennent du malade et que nous savons nécessaires; mais comment nous défendre contre ces résistances extérieures » (S. Freud : *Introduction à la Psychanalyse*, 1916-1917).

En effet, la difficulté pour le psychanalyste est fondamentale et de nature épistémologique : comment passer du registre intrapsychique, intrapersonnel, champ d'élaboration et d'application de la psychanalyse, au registre interpersonnel, champ d'application des thérapies familiales! Utiliser tels quels, sans réflexion et réélaboration les concepts analytiques n'est pas sans risque comme le souligne D. Widlöcher : « le psychanalyste, par la nature même de l'instrument relationnel dans lequel il est engagé, s'intéresse à la réalité intrapsychologique, c'est-à-dire aux jeux internes des introjects et des formations systémiques qui nourrissent cette réalité. Étudier les relations intrafamiliales, n'est-ce pas chercher dans la réalité extérieure le garant objectif de la réalité psychologique? » (Introduction au livre de Boszormeny-Nagy I. et Framo J. : *Psychothérapies Familiales*, PUF Éd., Paris, 1965, p. 6). Considérer les modèles d'interactions familiales comme des équivalents directs des séquences fantasmatiques intrapsychiques, qu'il s'agisse de relations d'objets introjectées ou intério-

risées, représente une confusion grave aboutissant à un « psychologisme » simpliste et simplificateur.

Ainsi les psychanalystes, surtout lorsqu'ils travaillent avec des enfants et des adolescents ont-ils été conduits à proposer de nouveaux modèles conceptuels pour l'approche familiale. Toutefois, contrairement à l'approche systémique, il ne semble pas se dégager une conceptualisation ou une élaboration théorique d'ensemble.

Concernant plus particulièrement l'adolescent, les thérapeutes familiaux font souvent référence à travers le processus de séparation-individuation, à la notion d'identification. Le concept de « délimitation » proposé par Schapiro en est un exemple. Ainsi F. Ladame considère que dans les familles d'adolescents perturbés, les parents utilisent fréquemment de façon excessive les mécanismes de projection et surtout d'identification projective. Cette utilisation excessive entrave chez l'adolescent la constitution d'une image de soi authentique et individuée, empêche la différenciation entre l'adolescent et ses parents et en fin de compte, empêche toute séparation.

A. Eiguer, de son côté, se réfère à la théorie du « porte-parole » : le groupe familial canalise sa problématique autour d'un personnage qui fait office de porte-parole et qui peut souffrir de cette fonction. Malade ou non, le porte-parole est doté d'un narcissisme défaillant et fragile ce qui lui donne la capacité de se charger de la mission qui protège les autres. On conçoit que l'adolescent soit à même de jouer ce rôle en raison de la fragilité narcissique caractéristique de cette période de la vie (*cf.* chap. 1, Le narcissisme).

Pour S. Lebovici (1981), le pont entre la pratique analytique et la psychothérapie familiale existe à travers l'étude des interactions précoces entre la mère et son bébé : « l'importance des transactions entre ces deux partenaires grâce à ce que nous appelons les anticipations créatrices de la mère, m'ont amené à considérer que le premier type d'approche familial est celui de la mère avec son bébé… ces interactions sont à la fois comportementales et fantasmatiques. » L'apport de l'analyste consiste précisément à tenter de comprendre comment l'organisation fantasmatique de la mère autorise une fluidité et une adaptation satisfaisantes de ses conduites à celles de son bébé, puis à relier cette organisation fantasmatique individuelle au *mythe familial* où elle peut, ou ne peut pas, prendre place. Ainsi pour S. Lebovici : « on peut dire que le fantasme origine la personne et que le mythe familial origine la relation familiale. » C'est au niveau de ce mythe familial collectif que circulent les fantasmes individuels. « Ainsi peut-on espérer que le psychanalyste s'occupant de la famille sera capable de mettre en évidence l'articulation mythe-fantasme… » en travaillant « sur une généalogie, c'est-à-dire sur la continuité transgénérationnelle d'une histoire qui s'allégorise ».

Divers types de mythes ont été décrits (Stierlin) qui dépassent la psychologie individuelle et assurent l'homéostasie familiale au prix souvent de l'équilibre psychique individuel :

– les mythes d'harmonie où tous les membres s'efforcent de réécrire l'histoire de la famille en présentant une image de bonheur et d'harmonie ;

– les mythes de rédemption ou de disculpation où un membre de la famille est soi-disant à l'origine du malheur ; il doit dès lors se désigner comme source des malheurs et se racheter : il devient le bouc émissaire ;

– le mythe du salut qui est une extension du mythe de la rédemption où la famille peut être sauvée par une intervention d'une personne puissante et omnipotente qui rendra le bonheur à la famille.

Pour conclure, on peut dire que ce problème du *mythe familial* représente pour de nombreux thérapeutes d'inspiration analytique le point d'accord et de convergence avec les thérapeutes systémiques, même si la manière d'aborder ce mythe diffère profondément d'une pratique à l'autre.

Quant aux modalités pratiques concernant les thérapies familiales d'inspiration analytique, elles sont loin d'être codifiées ou même simplement définies comme peuvent l'être les modalités pratiques des thérapies individuelles. Dans l'ensemble, la plupart des auteurs reprennent à leur profit le cadre des thérapies familiales systémiques (rencontre du groupe familial avec refus de rencontre de l'individu, séances longues mais volontiers espacées, présence de plusieurs thérapeutes avec ou sans observateur, utilisation de la vitre sans tain ou du magnétoscope, intervention portant plus volontiers sur le « receveur » du message que sur « l'émetteur », nécessité d'être actif dans la distribution de la parole, etc.), même si l'attention porte de façon plus nette sur le contenu latent de la communication (comment percevoir à travers celle-ci les linéaments du mythe familial) que sur son expression manifeste.

La présence d'un adolescent dans une famille constitue toujours un facteur de reviviscence et de réactualisation de la problématique familiale dans son ensemble : comment les rapports transgénérationnels vont-ils s'établir ou se rétablir avec cet individu qui se transforme en adulte? Comment le groupe familial se réorganise-t-il face à l'éventualité du départ prochain de l'un de ses membres? Quelle place dans le mythe familial l'adolescent va-t-il choisir ou être contraint d'occuper? Comment la reviviscence chez les parents de leur propre adolescence et de leur « crise parentale » entrera-t-elle en résonance avec la « crise de l'adolescent »? … Ces diverses questions ont été abordées pour partie dans le présent chapitre et pour partie dans les chapitres « l'entretien avec l'adolescent » et « l'adolescent et sa famille ». Ces questions soulevées rendent compte de l'importance de l'abord familial à cette période de la vie et de la place croissante qu'occupe les diverses thérapies familiales en présence d'un adolescent psychiquement perturbé.

LES PSYCHOTHÉRAPIES DE GROUPE À L'ADOLESCENCE[1]

INTRODUCTION

Depuis longtemps, le lien privilégié entre groupe et adolescence a été reconnu, que ce soit par l'observation des groupes spontanées ou l'étude des groupes institutionnalisés. Ces travaux montrent la nécessité à cet âge de pouvoir s'appuyer sur un espace médiateur identificatoire utilisé de façon transversale et non plus transgénérationnelle.

Comme pour les thérapies familiales le pluriel est de rigueur s'agissant des thérapies de groupe tant sont nombreux et variés les cadres théoriques, les modalités pratiques, les objectifs poursuivis. Entre le groupe ouvert accueillant les adolescents qui s'y présentent, groupe à visée psychosociologique conduit par un ou deux travailleurs sociaux ou éducateurs, et le petit groupe d'adolescents soigneusement préparés, qui engagent une thérapie au long court avec un ou deux thérapeutes analystes, il est évident que les différences sont grandes.

Néanmoins, lors de l'adolescence, la pratique du groupe thérapeutique semble particulièrement fructueuse, et répondre à un besoin une capacité élective des patients de cet âge. Nous n'aborderons brièvement dans ce chapitre que les groupes dits « thérapeutiques ». Il existe bien d'autres groupes appelés groupes de réflexion, de rencontre, etc. dont on ne peut dénier l'éventuelle valeur thérapeutique, mais dont le but premier ne s'inscrit pas comme tel.

C'est le cas des groupes d'adolescents qui fonctionnent souvent dans un lieu thérapeutique : il s'agit par exemple des groupes d'adolescents hospitalisés, des groupes d'adolescents en institution, foyer, ou en appartement thérapeutique. Ces groupes sont surtout destinés à comprendre et améliorer les relations et interactions entre l'individu, l'institution, son personnel et les autres patients. Le groupe est alors utilisé comme un relais de la thérapie institutionnelle, une préparation ou un accompagnement à la psychothérapie individuelle. Ces groupes sont en général ouverts (c'est-à-dire qu'y assistent les adolescents présents ou le désirant, sans que les participants soient toujours les mêmes d'une séance à l'autre), de durée indéterminée (parfois étroitement liés à la vie institutionnelle), animés par des adultes qui travaillent dans l'institution. Ces groupes sont souvent indispensables à un travail institutionnel satisfaisant avec les adolescents hospitalisés ou placés en institution.

Pour tous ces groupes, qu'il s'agisse de groupes à visée psychosociologique, (groupes de délinquants, de marginaux, etc.), de groupes en

1. Paragraphe rédigé en collaboration avec J.B. Chapelier, maître de conférences des universités, psychologue/psychothérapeute, UFR des sciences humaines, université de Poitiers.

institution, ou de groupes ouverts, un des moteurs essentiels de leur action est représenté par leur fonction cathartique au niveau de l'affect : décharge de la tension interne en présence des autres membres du groupe. Mais cette dimension cathartique met en relief une des difficultés du maniement des groupes d'adolescents : risque de l'agir et d'une éventuelle décompensation psychique. En effet, il ne faut jamais oublier qu'un groupe d'adolescents est toujours difficile à conduire même, comme nous allons le voir, dans le cadre des psychothérapies d'inspiration psychanalytique.

LES GROUPES D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE

Un certain nombre d'auteurs ont pu mettre en évidence les intérêts du groupe pour les adolescents en s'appuyant sur la théorie psychanalytique classique. D'autres ont été plus loin en proposant des correspondances structurales entre le fonctionnement des groupes et le fonctionnement psychique à l'adolescence.

R. Brockbank (1980) résume bien les points de la théorie psychanalytique sur lesquels il est possible de s'appuyer, à savoir :

– le déplacement des conflits que l'adolescent ne peut pas résoudre avec ses parents sur les autres membres du groupe ;

– l'élaboration des relations aux objets homo- et hétérosexuels en dehors des objets parentaux qui renvoient à la problématique œdipienne trop brûlante ;

– le remaniement des identités aussi bien individuelles que groupales. En effet la groupalité à l'adolescence, est une groupalité identitaire, transitoire puisqu'elle aide à faire passer le sentiment d'identité, de la famille au groupe (et plus tard du groupe à l'objet amoureux) ;

– la modification des idéaux. En effet, le jeune adolescent va se prémunir de la perte de l'idéalisation infantile en recherchant un substitut temporaire comme la croyance en une idéologie, l'idéalisation d'un adulte, mais surtout « la relation avec un groupe de pairs qui assume alors une fonction d'étayage transitoire du narcissisme et des identifications » (D. Marcelli et coll., 1991). Il est tentant de faire le rapprochement entre l'idéal du Moi dont la problématique est centrale à l'adolescence et la fonction de l'idéal du Moi qui serait pour S. Freud le ciment des groupes, en faisant remarquer toutefois, comme E. Jaques (1965) que cette mise en commun d'une partie de l'idéal du Moi s'apparente dans les groupes à l'identification projective. Dans cette perspective théorique, D. Meltzer (1977) montre que l'adolescent se sert souvent de chacun des membres du groupe pour y projeter une partie clivée de lui-même. Le groupe permet à la fois le clivage et la dispersion des parties clivées de soi sur chaque membre du groupe (souvent partie psychotique de la personnalité), avec le risque que la confusion d'identité due à l'identification projective envahisse le groupe ; mais en même temps, ce mécanisme permet une réunification de ces parties grâce à cette régression qui fait éprouver le groupe comme une unité.

Mais l'adolescence a des liens plus structuraux encore avec la vie des groupes :

– le refus de la différence et de l'histoire : R. Kaes (1973) a bien montré la similitude des mécanismes entre ce qu'il appelle le fantasme d'autoformation à l'adolescence qui induit un refus de l'histoire et de la génération et qui a une « fonction de défense contre la scène primitive, d'occultation de la place du sujet dans le désir des parents, de méconnaissance du vagin et du pénis, de protection contre l'angoisse de castration » et les fantasmes d'autoformation et de parthénogenèse dans les groupes ;

– face à certains troubles de l'adolescence comme l'inhibition et le passage à l'acte qui visent à l'évitement de la vie psychique (tant au niveau des fantasmes que des représentations), le groupe crée un espace contenant de pensée, pourvoyeur de fantasmes.

Le groupe semble donc un moyen tout à fait privilégié pour aider les adolescents dans ces moments difficiles, mais il présente comme nous le verrons aussi, certaines difficultés.

Le dispositif des groupes d'inspiration psychanalytique. — Faire l'analyse du groupe ou celle des individus dans le groupe reste une question qui n'est pas toujours facile à trancher mais il est possible de combiner ces deux approches, dans des temps différents. En effet, on peut travailler d'abord au niveau du groupe pour que celui-ci se constitue en tant qu'entité stable. Ensuite, après des périodes d'indifférenciation, quand les membres du groupe ont retrouvé une identité personnelle tout en reconnaissant leur appartenance au groupe, l'analyse individuelle est alors accessible. La tâche du groupe est l'entraide (chacun prend une place de cothérapeute) en utilisant les capacités d'identification des membres du groupe entre eux, ainsi que les effets de miroir (mirroring : M. Pines, 1982).

Le groupe doit être assez large pour interpréter au niveau groupal et assez petit pour permettre des interprétations plus individuelles dans un second temps (donc 6-7 patients) et il sera fermé pour élaborer les processus groupaux.

Les séances sont régulières en temps, en lieu et en heure suivant les règles de la cure type psychanalytique pour pouvoir interpréter dans l'ici et maintenant les différents transferts (verticaux et horizontaux). L'espace clos imaginaire doit être coupé des réalités sociales (ce qui implique l'abstinence, la discrétion, et une certaine restitution). Dans ces groupes et à cet âge, la différenciation dehors-dedans doit être maintenue avec beaucoup de détermination.

– La règle principale est celle de l'association libre pour laisser émerger une organisation groupale à partir d'une certaine régression et de la vie fantasmatique des participants.

– Il est préférable que le groupe soit animé par un seul thérapeute (pour se situer en dehors d'une réalité du couple parental) pour analyser au mieux le contre-transfert.

– Les interprétations se font sur le vécu et les émotions groupales dans un premier temps (transfert du groupe sur le thérapeute et des membres sur le groupe). Dans un second temps, les interprétations visent plus le vécu individuel dans le groupe (transfert des individus sur le groupe, sur le thérapeute et sur les autres membres du groupe).

La dynamique des groupes d'inspiration psychanalytique. — Un certain nombre de processus sont communs à tous les groupes thérapeutiques conduits au sein de ce dispositif (enfants, adolescents et même adultes).

La période initiale est très angoissante car le groupe est traversé par des fantasmes archaïques de vide, de morcellement et de persécution diffuse. C'est le moment où face à ces régressions les inquiétudes sont les plus grandes. Les adolescents, par exemple, craignent de « devenir fou », mais ce qui les préoccupe surtout, c'est que le risque d'indifférenciation ne soit pas contenu par une enveloppe assez solide. Dans cette période, ils imaginent que les conflits internes pourraient déboucher sur un éclatement du groupe et ils mettent à l'épreuve aussi bien le contenant physique (ils parlent forts, se déplacent…) que les capacités contenantes du thérapeute. Dans un groupe par exemple, ils s'imitent les uns les autres puis l'angoisse devient paroxystique quand est abordée la notion de perte du temps, qui ouvre sur la mort des parents ; après des associations sur la sexualité, le groupe est alors comparé à un rêve éveillé (ou un cauchemar), où le soleil va exploser, détruire la terre et brûler tous les hommes. Dans d'autres groupes, il arrive que les adolescents s'enferment dans un silence prolongé mais dont le bénéfice secondaire est l'affrontement au thérapeute (mise à l'épreuve). Dans ces périodes, il y a toujours à craindre les passages à l'acte, plutôt individuels que groupaux, si la régression est trop rapide et le psychothérapeute pas assez contenant.

On observe ensuite une période difficile, où le climat est lourd et tendu : les membres du groupe cherchent à expulser les « mauvais objets » ou plus exactement, ce qui est ressenti comme un obstacle au mauvais fonctionnement. Ce sont aussi bien les mauvais objets au sens kleinien du terme que les désirs refoulés (*des bêtises*, *des souvenirs sales*, *la sexualité*, *l'homosexualité*, etc.). À partir de ce moment, les participants se mettent en quête d'un porteur pour ces mauvaises pensées. Au début les membres du groupe cherchent un bouc émissaire parmi eux… Ceci dure jusqu'à ce que le thérapeute devienne lui-même ce bouc émissaire. Il est d'abord exclu du groupe : c'est le moment où les adolescents laissent le thérapeute seul. Il devient alors rapidement le lieu de projection de tout ce qui les embarrasse, il est souvent désigné comme poubelle, décharge ou encore égout. Quand le thérapeute a donc accepté cette fonction, on constate que le groupe se met à fonctionner avec un niveau d'angoisse bien moindre et qu'il gagne en cohésion. Le thérapeute est à la fois en dehors et au-dedans du groupe. La désignation d'un bouc émissaire ne se fait de façon stable que quand pour une raison ou une autre, le thérapeute ne prend pas cette fonction.

Le groupe accède alors à une phase nouvelle où tous les membres sont associés à l'unité groupale. Le groupe devient un lieu de restauration narcissique dans un mouvement d'idéalisation des rapports interindividuels, chaque membre et le groupe dans son entier sont investis comme des extensions du moi. Dans un moment d'illusion, tous les membres du groupe vont nier toute différence, tant au niveau des sexes que des générations. Dans un espace aconflictuel, on assiste alors à une régression vers un fantasme groupal omnipotent qui renvoie à la mégalomanie narcissique. Ce mouvement s'apparente tout à fait à ce que D. Anzieu (1984) appelle « l'illusion groupale » : le groupe alors baigne dans un climat assez jubilatoire et exubérant. Il faut remarquer qu'à ce moment, l'objet libidinal (principal) devient le groupe et non plus le psychothérapeute. La place du thérapeute est alors assez délicate à tenir, car il est naturellement tenté d'entretenir ce climat puisque, jusqu'à cet instant, il avait toujours été exclu du groupe et en avait subi toutes les attaques.

Restauration narcissique et de l'idéal du Moi, voilà sans doute les deux éléments qui font penser « groupe » à l'adolescence, ou pour le moins qui expliquent l'intérêt et même la nécessité des groupes de pairs comme famille de remplacement ou médiateur identificatoire. Cette vision est d'une certaine façon évidente pour les groupes naturels (de la bande aux groupes d'amis, en passant par toute les formes d'activité en communauté) : on y voit là d'abord l'exclusion de l'adulte (en général) ; un fonctionnement idéalisé et/ou maniaque, qui renvoie à l'illusion groupale, ce moment important que nous avons décrit comme agissant sous l'emprise de la toute-puissance narcissique. Les groupes d'adolescents pour fonctionner en toute quiétude et à long terme dans l'illusion groupale doivent en exclure l'adulte à moins que celuici aide à soutenir cette position (éducateurs copains, ou adultes qui proposent une activité valorisante et idéalisée par les adolescents et par l'adulte).

Les groupes thérapeutiques d'inspiration analytique ont une autre visée que de faire vivre au groupe l'illusion groupale, car ce qui est thérapeutique, c'est au contraire la sortie de l'illusion groupale, qui confronte à la castration et à la nécessité d'assumer une certaine dépression, seul accès à une problématique œdipienne qui fait passer selon l'expression de D. Anzieu (1984) du groupe fraternel au groupe associatif. Cette conception correspondrait pratiquement à une « sortie » de l'adolescence qui permettrait de retrouver une identité individuelle, tout en acceptant l'identité groupale (sociale) et en réaménageant les identifications œdipiennes.

Du point de vue groupal, le projet du thérapeute va donc d'emblée à l'encontre du projet des adolescents. Certains échecs des groupes de jeunes adolescents sont liés à cette difficulté car quand la sécurité narcissique de l'adolescent est menacée, la relation de confiance nécessaire à l'établissement de l'alliance thérapeutique est remise en cause.

Dans tous les groupes, l'adulte est interrogé ou interpellé sur son âge, sur son vieillissement, sur sa déchéance physique et sa mort. Le groupe

d'adolescents butte alors sur ces évocations qui le conduisent trop rapidement vers un processus de deuil, et l'on constate le plus souvent un retour à la période de toute-puissance de l'illusion groupale.

La nécessité de continuer à fonctionner autour de l'illusion groupale est donc due à l'évitement de la problématique dépressive grâce à l'éloignement des objets internes persécuteurs, mais aussi à la mortalité qui confronte à la différence de génération.

Modalité et aménagement du dispositif. — Cette opposition entre les buts de la psychothérapie de groupe et les raisons qui font qu'un adolescent recherche un groupe explique sans doute le nombre très restreint de compte rendu de groupe d'inspiration psychanalytique à l'adolescence. Elle justifie par ailleurs un certain nombre de techniques employées par les thérapeutes pour mener à bien les thérapies de groupe.

Ce sont d'abord les positions préconisées par les auteurs anglo-saxons. En général ceux-ci conseillent au thérapeute d'occuper une position centrale dans le groupe et de se présenter comme une image identificatoire idéalisée. Ils cherchent à minimiser les effets de groupe, l'analyse reste centrée sur l'individu et ils recommandent presque tous que le thérapeute soit actif, présente une image idéalisante et montre une certaine fermeté (E. Schaefer, 1982; F.J. Cramer Azima et L.H. Richemond, 1989). Le thérapeute doit être en même temps psychanalyste, c'est-à-dire attentif aux processus inconscients qui se développent dans le groupe, et par ailleurs il est confronté à la nécessité d'empêcher les passages à l'acte (en dedans et en dehors du groupe) par une activité intense qui vise à maintenir le setting thérapeutique.

D'autres aménagements techniques cohérents sont possibles :

• soit utiliser une technique idéologisante et défensive par rapport à la dépression comme le psychodrame ou des groupes avec des activités valorisantes (D. Anzieu, 1979);

• soit s'appuyer sur les effets idéalisants des institutions;

• soit mettre en place des groupes ouverts dont les effets sont sans doute moins intenses, mais qui n'exposent pas aux angoisses qui émergent dans les groupes fermés, car ces groupes ouverts vivent sur le fantasme de l'immortalité (du groupe et des animateurs).

L'expérience montre qu'il peut être opportun d'adapter le dispositif aux différentes phases de l'adolescence :

– pour les adolescents qui entrent dans la phase pubertaire (12-14 ans) dont la préoccupation majeure est la lutte contre le débordement pulsionnel lié essentiellement à la problématique œdipienne et aux menaces surmoïques, le psychodrame collectif nous semble bien prendre en compte ce type de conflit; par le jeu, il y a maîtrise de la vie pulsionnelle et de l'imaginaire, par la participation des adultes, il y a distanciation par rapport aux images surmoïques et donc une meilleure gestion des conflits intrapsychiques; enfin

par son aspect actif le psychodrame collectif encourage d'une certaine façon l'illusion groupale ou pour le moins les défenses maniaques, ce qui permet de ne pas confronter trop tôt le jeune adolescent à la dépression ;

– dans la phase suivante (15-17 ans) où la problématique est plus d'ordre narcissique et identificatoire, le groupe analytique doit être conduit avec beaucoup de prudence (suivant en cela les recommandations des auteurs anglo-saxons) ;

– enfin pour les grands adolescents (18-20 ans), les groupes analytiques peuvent être conduits sans aménagement particulier, le but du groupe étant de les aider à surmonter les différents deuils et à acquérir une autonomie psychique tout en acceptant leur appartenance groupale (et donc sociale).

Ces divers aménagements ne sont pas liés uniquement à l'âge mais aussi à la pathologie. Car si les indications sont assez larges (délinquants, psychotiques, névrosés), d'une manière générale il est nécessaire de composer le groupe avec soin (pathologies assez proche les unes des autres mais complémentaires). Certains auteurs insistent sur les risques de perte des limites de soi, de confusion d'identité que peut provoquer le groupe : les patients présentant des difficultés particulières dans ces domaines (adolescents limites ou borderline (*cf.* chap. 14, p. 424), adolescents avec une pathologie narcissique importante) doivent être, sinon écartés d'un groupe thérapeutique, du moins intégrés avec beaucoup de prudence.

CAS PARTICULIER : LE GROUPE DE PARENTS

Dans un certain nombre de cas, en particulier lorsque l'adolescent séjourne en institution (hospitalisation, hôpital de jour, foyer, etc.) la participation à un groupe est proposée aux parents d'adolescents. De tels groupes sont à mi-chemin entre la dynamique de groupe elle-même et la thérapie familiale. Certains groupes ont été plus particulièrement étudiés : ainsi le groupe de parents d'adolescents anorectiques (P. Jeammet et A. Gorge, 1980). Comme pour tous les groupes, celui-ci a l'avantage de fournir à des parents en situation d'extrême vulnérabilité (au moment où l'adolescente est hospitalisée) un étayage de la relation par les autres parents ; en effet, la reconnaissance en miroir à travers les difficultés des autres parents, des siennes propres, rassure les parents, surtout la mère. Les parents plus anciens dans le groupe font volontiers fonction de parents-thérapeutes, relais utile entre le thérapeute et le couple des parents, « commentant leurs comportements, les aidant à mieux percevoir leurs véritables affects, à se situer face à leur enfant ».

Les auteurs ont décrit diverses phases dans la dynamique du groupe des parents, phases liées à la reconnaissance, puis à l'enclenchement du transfert (sur le groupe et sur le thérapeute). Certains traits semblent plus spécifiques des parents d'anorectiques. Les auteurs décrivent ainsi ce qu'ils appellent :

« l'orgie du symptôme », c'est-à-dire le plaisir excité pris par les parents à raconter les diverses manœuvres anorectiques de leur adolescente ; ils relèvent également l'importance de la fuite des conflits et de l'évitement de la sexualité. D'autres traits semblent moins spécifiques et se retrouvent dans d'autres types de pathologie tels que la « quête du bouc émissaire » (recherche forcenée de l'agent causal de la maladie, de préférence hors du cercle familial), la culpabilité parentale toujours présente et exacerbée, la confusion des générations. Ces conduites sont fréquentes dans le groupe de parents quelle que soit la pathologie de leur enfant ou adolescent. Pour ces auteurs, « le groupe de parents fournit un terrain privilégié d'étude des interactions fantasmatiques de l'anorexique et de ses parents ; il est également un moyen privilégié de dédramatiser et d'ouvrir ce système relationnel que l'angoisse déclenchée par la conduite anorexique contribuait à clore davantage sur lui-même, favorisant l'entretien des symptômes » (P. Jeammet et A. Gorge). À quelques variantes près, il nous semble qu'on pourrait en dire autant d'autres groupes de parents dont les adolescents présentent un autre type de pathologie.

THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES À L'ADOLESCENCE

L'approche cognitive et comportementale peut s'avérer un outil thérapeutique précieux lorsque l'adolescent centre sa souffrance uniquement sur ses symptômes, se refusant à toutes possibilités d'expression des conflits et d'élaboration de leurs sources. Le clinicien a alors le sentiment que seule une approche portant sur l'intensité des symptômes émotionnels ou comportementaux pourrait permettre une alliance thérapeutique impossible à obtenir autrement, du moins dans un premier temps. L'attitude des parents est également à prendre en compte, certains refusant ou disqualifiant toute approche psychodynamique ou familiale.

En vue d'une alliance thérapeutique toujours problématique à cet âge, il est souvent préconisé d'expliquer clairement et de façon compréhensible à l'adolescent et à ses parents les bases théoriques des thérapies cognitives et comportementales (TCC). Rappelons-les ici brièvement.

BASES THÉORIQUES

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont issues des théories de l'apprentissage et des théories cognitives. Le premier modèle des théories de l'apprentissage est celui du conditionnement. Le conditionnement classique, encore appelé conditionnement pavlovien (1963), fait le lien entre

les réponses neurophysiologiques observées lors d'expérimentations animales et l'expression des émotions, suggérant l'implication du système neuro-végétatif dans l'expression des troubles psychiatriques. Le conditionnement opérant est le conditionnement skinnérien (1974) qui souligne la nature interactive de l'homme, de son comportement et de son environnement. Il suggère que les comportements tendent à être amplifiés ou à disparaître en fonction de la qualité de la réponse de l'environnement qu'ils vont susciter. Un second modèle des théories de l'apprentissage a été décrit par Bandura en 1977 et souligne l'importance de l'apprentissage social par imitation de modèles qui confère à l'individu une capacité d'autorégulation de son comportement.

Les théories les plus récentes qui découlent des approches comportementales sont les théories cognitives, dont Ellis (1977) et Beck (1984) sont les principaux représentants, et pour qui l'individu dispose de schémas cognitifs qui gouvernent ses comportements grâce à des processus automatiques et contrôlés. Issues des bases théoriques décrites ci-dessus, des techniques d'apprentissage comportemental et de modification cognitive ont été développées qui vont s'attacher à aider le sujet à réguler l'expression physiologique de ses troubles, à l'amener à prendre conscience des facteurs et des schémas mentaux qui pérennisent et aggravent un comportement redouté ou indésirable, et enfin à lui permettre de développer ses compétences sociales.

LES TCC EN PRATIQUE À L'ADOLESCENCE*

Ces techniques initialement dédiées à l'adulte ont été adaptées aux adolescents en particulier les exercices et les cahiers à remplir, afin de ne pas donner à l'adolescent l'impression qu'il est confronté à un exercice scolaire supplémentaire. La dimension ludique doit être ici particulièrement favorisée. Parmi les intérêts des TCC, l'on retiendra leur relative brièveté (en moyenne d'une durée de six à douze mois) et leur facilité à se prêter à une évaluation qualitative et quantitative de leur efficacité sur les symptômes concernés. Elles s'appliquent en situation individuelle ou en groupe, associées ou non à des techniques de relaxation. L'implication des parents se pose différemment que pour l'approche psychodynamique. Les parents doivent ici accompagner semaine après semaine si ce n'est jour après jour l'adolescent dans les consignes qu'il a reçues (cahiers de comportement, exercices de désensibilisation, nouveaux apprentissages) à propos des tâches ou des exercices qu'il a à faire entre deux séances. Cet accompagnement doit être suffisamment souple, rigoureux et accepté par l'adolescent pour être efficace. On en voit ici la limite lorsque l'adolescent ou les parents « ne jouent pas le jeu ».

---

* Chapitre rédigé en collaboration avec Catherine Doyen, pédopsychiatre, praticien hospitalier, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré ; centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

LES INDICATIONS

Si historiquement le domaine électif des TCC est celui des troubles anxieux, elles peuvent concerner aussi les adolescents souffrant de troubles dépressifs, d'une hyperactivité, de troubles du comportement, de troubles du comportement alimentaire ou encore de troubles autistiques ou schizophréniques Cependant, elles s'adressent avant tout à divers types de phobies, en particulier aux phobies sociales et aux troubles obsessionnels compulsifs. Pour les phobies, la technique la plus usitée est la désensibilisation systématique qui expose progressivement l'adolescent au stimulus anxiogène, en imagination puis en situation réelle. Associée la plupart du temps à la relaxation, cette exposition progressive est à l'origine d'une habituation, c'est-à-dire une diminution des réponses physiologiques lors de la confrontation au stimulus anxiogène ; la conséquence en est l'extinction du comportement d'évitement. Dans la phobie sociale, le thérapeute développe l'affirmation de soi grâce aux jeux de rôles et à l'apprentissage par imitation qui consiste à faire observer ou faire imaginer par l'adolescent quelqu'un du même âge et du même sexe que lui se comportant normalement dans la situation sociale redoutée. Des techniques de restructuration cognitive portant sur les croyances irrationnelles (« je dois plaire à tout le monde ») et les verbalisations internes (« je ne vais pas savoir quoi dire ») complètent ce travail sur les habiletés relationnelles de l'adolescent. Pour les troubles obsessionnels-compulsifs, elles visent à les diminuer en atténuant les réactions anxieuses lors de la confrontation aux situations ou aux objets anxiogènes.

L'exposition avec prévention de la réponse est une exposition progressive et répétée au stimulus anxiogène pendant laquelle la compulsion ou le rituel vont être empêchés, confrontant ainsi l'adolescent à son obsession et à la réalité : en dépit de l'absence du rituel son anxiété diminue. Les pensées obsessionnelles sans rituels sont plus complexes à traiter mais les techniques d'arrêt de la pensée, d'isolement de la pensée intrusive, de reconnaissance de ses liens avec le rituel et l'identification des schémas cognitifs agissent aussi sur l'anxiété. Les jeunes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif présentent souvent une résistance au traitement et il est recommandé d'associer la famille, souvent elle-même impliquée dans les rituels.

Pour le trouble dépressif, la modification du comportement dépressif va s'appuyer sur la réalisation de programmes d'activités et l'attribution de tâches progressives car la diversification des activités et la réussite de tâches améliorent l'humeur du jeune déprimé. L'affirmation de soi traite l'isolement social qui entrave l'accès aux renforcements sociaux. La thérapie cognitive s'attache à diminuer les facteurs de maintien du comportement dépressif. Le modèle d'impuissance apprise suggère que les affects dépressifs sont la conséquence d'expériences vécues comme hors contrôle par le sujet. Chez l'adolescent déprimé ce sentiment peut être levé grâce à une modification de l'attribution de ses échecs face à une tâche.

Pour le trouble hyperkinétique, les TCC cherchent à modifier le comportement instable et impulsif de l'adolescent ainsi que ses distorsions cognitives. Les techniques basées sur l'apprentissage social sont les plus usitées et s'adressent aux parents avec le développement de programmes élaborés par Barkley (1987). Au cours d'une dizaine de séances, les parents vont apprendre à faire face aux difficultés chroniques de leur adolescent sans être mis directement en cause, tout en les aidant à repérer ce qui dans leurs attitudes conduit à aggraver les difficultés comportementales : les comportements adaptés sont renforcés et les comportements inadaptés ignorés. Des procédures cognitives permettent à l'adolescent de réguler son comportement d'inattention, d'instabilité et d'impulsivité grâce à l'autocontrôle et à l'entraînement à la résolution de problèmes qui l'amène à reconnaître une situation problème, à générer des solutions, à apprendre à évaluer son efficacité et à s'autorenforcer.

Dans le cas plus large des trouble des conduites et du comportement, l'approche cognitivo-comportementale tente de modifier le comportement agressif de l'adolescent et à développer son habileté sociale. Comme dans le trouble hyperkinétique, des programmes comportementaux d'apprentissage parental ont été développés initialement par Patterson (1968) et s'adressent aux familles les plus motivées et les moins déstructurées. Le programme permet aux parents d'apprendre à observer, identifier les problèmes de conduite de leur adolescent tout en leur expliquant les principes de l'apprentissage social et la possibilité de modification du comportement grâce à la valorisation par la récompense des comportements souhaités ainsi que l'ignorance des comportements indésirables. L'habileté à la résolution de problèmes est aussi prônée car l'adolescent attribue l'agressivité à autrui, et ce de manière inappropriée, et présente une mauvaise compréhension de certaines situations sociales et des difficultés à résoudre des problèmes interpersonnels.

Dans le cas des troubles boulimiques, les TCC visent à diminuer, voire à supprimer, les vomissements et donc les crises de boulimie ainsi qu'à diversifier l'alimentation et à stabiliser le poids. Pour les orgies alimentaires, c'est l'exposition avec prévention de la réponse qui est privilégiée. La confrontation répétée aux aliments qui déclenchent une crise de boulimie est provoquée, les vomissements empêchés et le développement d'activités incompatibles avec l'orgie ou le vomissement encouragé. L'utilisation d'un carnet alimentaire permet l'autocontrôle grâce à l'analyse des déclencheurs de la crise boulimique et le repérage des idées irrationnelles associées à celle-ci.

En ce qui concerne l'anorexie mentale, l'approche cognitivo-comportementale tente de favoriser l'augmentation des apports alimentaires quantitatifs et leur diversification ainsi que la modification des idées irrationnelles sur l'image du corps. Le conditionnement opérant permet des modifications du comportement alimentaire grâce à des renforçateurs variables selon les individus et les modalités thérapeutiques, ambulatoires ou hospitaliers. Lors d'un séjour hospitalier, ces techniques s'appliquent souvent et la reprise d'un lien progressif avec la famille s'avère parfois être

l'ultime renforçateur. La désensibilisation systématique est réalisée par la confrontation à la situation anxiogène des repas qui est à l'origine d'une habituation des réponses émotionnelles et l'extinction des comportements d'évitement. L'apprentissage par imitation lors de repas accompagnés, la relaxation et les techniques d'affirmation de soi permettent de diminuer l'anxiété ressentie face aux repas et de développer l'assertivité.

Concernant les troubles autistiques, des programmes thérapeutiques impliquant les parents, et ce dès le plus jeune âge du sujet, ont été développés qui vont s'appliquer tout au long du développement, même si à l'adolescence un certain nombre de ces techniques seront abandonnées car les jeunes autistes auront intégré une scolarité normale ou adaptée. Une méthode comme celle développée par Schopler en 1971, la méthode TEACCH *(Treatment and Education of Autistic and related Communication handicaped CHildren)* ou le programme de Lovaas (1987) impliquent les parents en les focalisant sur les habiletés cognitives, intellectuelles, scolaires de leur adolescent. Après une analyse de ce qui a pu dans l'environnement être à l'origine du comportement inadéquat, un certain nombre de réponses seront apportées.

Problème central à l'adolescence, les troubles schizophréniques peuvent eux aussi bénéficier d'une approche cognitivo-comportementale. Celle-ci cherche à développer l'alliance thérapeutique, les habiletés sociales et l'aptitude à la résolution de problèmes du jeune schizophrène. Ces techniques développées par Liberman (1988) s'inscrivent dans des programmes de réhabilitation qui impliquent l'individu et sa famille. Tenir une conversation, préparer un repas, trouver un logement ou un emploi font partie, entre autres, des objectifs thérapeutiques à atteindre. En situation de face à face avec le psychothérapeute ou en groupe, l'utilisation de la vidéo permet aussi de développer grâce à des jeux de rôles l'assertivité et l'estime de soi du patient. Les techniques cognitives s'attachent elles à modifier les croyances associées aux hallucinations, notamment les croyances autour de l'origine, du pouvoir et de la dangerosité de celles-ci. Par l'autocontrôle, le patient va éviter les facteurs déclenchant associés aux hallucinations et mettre en place des stratégies qui visent à diminuer l'intensité de celles-ci. Les familles peuvent bénéficier d'une approche psycho-éducative structurée, d'une aide à la communication intrafamiliale et d'un apprentissage de la gestion de crise à domicile.

L'UTILISATION DES PSYCHOTROPES CHEZ L'ADOLESCENT

L'utilisation de psychotropes à l'adolescence pose toujours un problème délicat pour le clinicien. Ceci est confirmé entre autres par certaines recom-

mandations de « bonnes pratiques cliniques » pour cette tranche d'âge qui insistent sur l'intérêt en première intention de privilégier l'approche psychothérapique ou de toute façon toujours associer cette approche à une éventuelle prescription médicamenteuse. Dans ce paragraphe nous aborderons de façon succincte les problèmes généraux qui se posent face à la prescription médicamenteuse chez un adolescent. Les médications spécifiques ont été envisagées à la fin de chaque chapitre de cet ouvrage.

Bien que les agences du médicament aux niveaux national et international demandent aujourd'hui des études spécifiques chez l'enfant et l'adolescent, jusque-là rares ont été les travaux pharmacologiques consacrés à l'étude des psychotropes chez l'adolescent. Les études pharmacologiques portent le plus souvent chez les adultes. Comme pour la prescription des psychotropes chez l'enfant, cette utilisation est rendue délicate chez l'adolescent en raison de l'inadéquation relative entre les classifications médicamenteuses établies justement en fonction des catégories nosographiques propres à l'adulte à l'exception sans doute du TDAH. Les divers regroupements psychopathologiques propres à l'adolescence (exemple du vaste problème des différentes modalités dépressives ou des diverses formes de psychose à l'adolescence) illustrent ces difficultés d'adéquation entre la nosographie établie pour l'adulte et les regroupements propres à l'adolescent.

En outre, la richesse et la complexité du processus psychique qui caractérise l'adolescence, ses multiples interactions et dépendances avec l'environnement rendent compte de la nature particulière de la prescription médicamenteuse à cet âge. Y. Lecrubier résume ainsi les diverses questions qu'on est en droit de se poser : 1) crainte que l'adolescent apprenne en utilisant le soulagement dû au médicament, à éluder les problèmes intrapsychiques qui se posent à lui ; 2) accentuation de la relation de dépendance du sujet qui aura tendance soit à adopter le médicament dans une soumission infantile, soit à le rejeter de façon agressive ; 3) mise en évidence de son impuissance interne et de son incapacité à trouver en lui-même les ressources pour surmonter ses difficultés ; 4) risque d'interférence négative entre les effets secondaires de certains médicaments et le processus de l'adolescence : ainsi des effets tels que le gain de poids et les risques métaboliques (en particulier des médicaments antipsychotiques), des effets liés au syndrome sérotononergique (en particulier des nouveaux antidépresseurs) ou encore, la galactorrhée, l'aménorrhée secondaire peuvent accentuer l'angoisse inhérente aux modifications habituelles du schéma corporel ; de même des effets comme la sudation, la stimulation, le syndrome extrapyramidal peuvent renforcer un sentiment de perte du contrôle de soi, et au pire induire une activité délirante.

Le dernier point concerne la famille. On sait que chez l'adulte l'une des difficultés majeures à accepter un traitement psychotrope, difficulté qui constitue la première cause de l'arrêt de celui-ci, est l'avis de l'entourage. Il est facile de comprendre l'importance que l'avis de la famille prend dans une

telle prescription à l'adolescence. Là encore, l'absorption médicamenteuse peut venir prendre la place d'un conflit parent-adolescent dont la résolution est nécessaire à l'équilibre psychique de l'adolescent, cette prescription masquant ou focalisant sur elle les interactions parent-adolescent.

Pour toutes ces raisons, Y. Lecrubier (1986) conclut très justement : « le prescripteur devra être encore plus vigilant dans l'évaluation de la tolérance-efficacité, donc du bénéfice réel découlant du traitement. Le temps consacré à la seule prescription médicamenteuse compte tenu de l'ensemble des difficultés évoquées ci-dessus, constitue à lui seul un problème. Or il est préférable de ne pas prescrire que de mal prescrire, d'autant que les premières expériences chimiothérapiques induiront chez le sujet une image durable du médicament. » Ainsi peut-on se poser une question avant toute prescription de psychotrope à l'adolescence : certes, les médicaments psychotropes sont incontestablement efficaces au sens où ils induisent des modifications dans le fonctionnement mental lors de leur prescription, mais les changements qu'on espère par les médicaments ne peuvent-ils être obtenus par une autre approche et ne risquent-ils pas d'interférer, d'entraver ou de modifier les changements spontanés inhérents au processus de l'adolescence? La prescription médicamenteuse doit en général être précédée d'une négociation avec l'adolescent et ses parents, afin de définir ce que l'on est en mesure d'attendre de ce traitement, et quelles en sont les limites. En effet, il nous paraît important d'éviter que s'installent des situations de dépendance psychique au médicament avec parfois des attitudes de véritable agrippement de l'adolescent à cette solution externe qui lui a été proposée et qui, par la suite, fait écran à tout autre type d'approche. Enfin, il est nécessaire d'évoquer un problème majeur, celui de l'automédication : selon certaines enquêtes (INSERM), un nombre important d'adolescents, en particulier des filles (20 %) utiliseraient des médicaments psychotropes : anxiolytiques, somnifères, anorexigènes, etc., sans aucun contrôle médical. Cette quasi-toxicomanie à base de produits licites, commence fréquemment à l'adolescence et montre combien le médecin doit être prudent dans ses prescriptions. Quoi qu'il en soit, les études pharmacologiques spécifiques portant sur telle ou telle classe de produit sont peu nombreuses (A. Rifkin et coll., 1986). Nous aborderons successivement et brièvement les types de psychotropes les plus utilisés chez l'adolescent : les anxiolytiques, les antidépresseurs, les thymorégulateurs, les neuroleptiques et les psychostimulants.

Les anxiolytiques. — Les benzodiazépines sont probablement beaucoup plus utilisées que la littérature pharmacologique ne le recommanderait. À notre connaissance, il n'y a pas d'étude pharmacologique approfondie sur les interactions particulières entre les benzodiazépines et la place si fréquente de l'angoisse à l'adolescence. Dans notre pratique clinique, il s'agit probablement de la classe de médicaments où la signification symbolique de l'absorption du produit en tant que telle et la place de la relation aux parents jouent un rôle prépondérant. À titre d'exemple dans un nombre important de

cas, l'adolescent commence d'abord par utiliser la benzodiazépine que consomme habituellement ou par intermittence l'un de ses parents. Il ne faut pas oublier d'autre part que les benzodiazépines viennent en tête des produits utilisés pour les tentatives de suicide, anxiolytique souvent prescrit peu avant, ou pris dans la pharmacie familiale. L'utilisation des antidépresseurs, en particulier sérotoninergiques, est aujourd'hui conseillée dans la majorité des « Troubles Anxieux ».

Les antidépresseurs. — Ils ont été abordés au chapitre « Dépression à l'adolescence ». Il nous paraît important de limiter leur utilisation au syndrome dépressif d'intensité moyenne ou surtout sévère, en particulier quand existe un ralentissement psychomoteur. L'utilisation extensive des antidépresseurs dans des formes complexes, en particulier dans des dépressivités sans tableau cliniquement avéré de dépression, nous semble très problématique à l'adolescence. En revanche, l'intérêt des antidépresseurs, en particulier de type « sérotoninergique », semble de plus en plus évident dans les troubles alimentaires sévères (anorexie et surtout boulimie), dans les troubles obsessifs compulsifs handicapants et dans les phobies scolaires et sociales invalidantes.

Les thymorégulateurs. — Le carbonate de lithium a été utilisé avec intérêt dans les cas de troubles bipolaires à l'adolescence (B. Geller, 1997). Quelques études font état de l'action thymorégulatrice des anticonvulsivants (valproate, carbamazépine) dans les troubles bipolaires (K.N. Botteron et B. Geller, 1995). Les thymorégulateurs ont également été proposés dans le cadre plus vaste des « psychoses dysthymiques » en particulier quand l'instabilité de l'humeur semble compromettre les capacités d'adaptation de l'adolescent aux exigences de l'environnement. Enfin, dans le cadre des épisodes délirants aigus à l'adolescence, certains auteurs (D. Marcelli, 2002) ont préconisé une prescription précoce (à visée thérapeutique et pas seulement prophylactique).

Les neuroleptiques et antipsychotiques. — Lors des épisodes psychotiques aigus, les neuroleptiques et plus récemment les antipsychotiques (amisulpride, olanzapine, rispéridone) sont prescrits dans une visée purement symptomatique. La durée de cette prescription varie selon les cas. En revanche, la chimiothérapie au long cours n'est envisageable que si le diagnostic de schizophrénie est bien étayé, d'autant plus que l'action des neuroleptiques peut conduire à des tableaux « grinçants », risquant de conforter de façon fallacieuse le diagnostic.

Comme pour l'adulte, deux lignées de symptômes sont accessibles, l'une de type productive traitée par l'ensemble des neuroleptiques et antipsychotiques à dose moyenne ou élevée, l'autre de type déficitaire traitée par les neuroleptiques « désinhibiteurs » à faible posologie, et surtout maintenant les

antipsychotiques. Chez l'adulte, la réponse thérapeutique aux symptômes de type déficitaire est moins satisfaisante. L'évaluation de l'efficacité thérapeutique s'avère souvent très difficile. Les effets secondaires sont en général très mal vécus et peuvent au maximum alimenter ou aggraver le vécu délirant. Il est donc préférable d'utiliser des posologies croissant très progressivement, sans chercher à obtenir un effet immédiat ou en évaluant soigneusement ces effets secondaires. Les antipsychotiques les plus récents sont réputés avoir moins d'effets secondaires.

Un des antipsychotiques est aujourd'hui utilisé pour certains adolescents présentant des troubles graves du comportement, sans être pour autant psychotiques.

Les psychostimulants (amphétamines). — Ils sont utilisés depuis plusieurs années aux États-Unis dans l'indication « Troubles Déficitaires de l'Attention-Hyperactivité » avec chez l'enfant et chez l'adolescent des résultats satisfaisants.

D'autres indications ont été proposées (troubles des conduites par exemple) avec des résultats inconstants. Désormais autorisée en France, la prescription du méthylphénidate doit suivre des règles rigoureuses (voir *Enfance et Psychopathologie*, chap. 18).

LE SOIN HOSPITALIER OU INSTITUTIONNEL

LES LIEUX DE SOIN

Accueil d'urgence et lieu de crise. — Ces lieux se sont multipliés ces dernières années. Fonctionnant souvent avec un nombre limité de lits, ces unités accueillent pour des durées de séjour réduites des adolescents en situation de crise ou d'urgence psycho-sociale : errance, fugue, rupture familiale, TS, crise de violence ou de passage à l'acte, moment de désorganisation psychique, etc. Le plus souvent, ces unités travaillent en réseau avec les autres structures ci-dessous énoncées, car leur vocation n'est pas dans le soin au long cours mais plutôt dans la capacité à offrir un lieu contenant et apaisant où l'adolescent peut théoriquement se sentir protégé (y compris contre lui-même et ses propres tendances destructrices) et calmé dans son excitation.

Structures à la gestion quotidienne souvent difficile, car lieu de confluence de toutes les détresses et violences potentielles, elles n'ont de pertinence que si elles peuvent être relayées par des prises en charge plus durables.

Hospitalisation à temps plein. — Il existe en France un certain nombre d'unités d'hospitalisation accueillant de façon spécifique des adolescents (P. Alvin et coll., 1997). Elles sont réservées à des pathologies lourdes. Si l'admission dans ce type de structure peut correspondre à la logique habituelle des unités d'hospitalisation, il importe cependant de souligner que cette hospitalisation, au-delà de la stricte protection de l'adolescent, sera d'autant plus efficace que la décision aura pu être prise dans un climat de concertation et de négociation avec l'adolescent et ses parents autour d'un projet de soin dans lequel l'hospitalisation elle-même ne représente qu'un temps particulier du trajet thérapeutique (V. Giacomini-Biraud et coll., 1995 ; D. Marcelli, 2001).

Autres lieux d'accueil. — Le foyer thérapeutique, les institutions et les établissements spécialisés, le placement familial sont d'autres modes de prises en charge très spécialisées où l'indication de la séparation du milieu familial et le travail institutionnel sont les bases d'un traitement en général prolongé (voir ci-dessous).

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

L'urgence. — Fonctionnant sur le modèle médical traditionnel, l'accueil d'urgence répond à certaines situations médicales telles que les décompensations aiguës type épisode délirant aigu ou épisode dépressif majeur d'allure mélancolique, tentative de suicide avec un risque vital engagé, intoxication aiguë (alcool, haschich), etc. Force cependant est de reconnaître que ces situations sont largement minoritaires par rapport aux urgences « médico-sociales », voire « sociales » pures dans lesquelles la dimension d'urgence répond essentiellement à un débordement violent quelle qu'en soit l'origine : crise d'agitation au cours d'un conflit interpersonnel, violence verbale ou physique, rejet aigu de l'adolescent, échange de coups avec ou sans blessure, violence purement sociale d'un adolescent « rejeté » de partout, etc. Le « passage à l'acte » est loin d'être du seul fait de l'adolescent qui focalise souvent sur sa personne des tensions et des conflits familiaux, environnementaux, institutionnels (M.J. Guedj, 2001). C'est dire l'importance pour le service d'urgence d'un travail en réseau avec l'ensemble des structures locales et des partenaires potentiellement impliqués (collèges et lycées, aide sociale à l'enfance et foyer d'accueil, PJJ, etc.). En effet, l'indication de l'hospitalisation psychiatrique en urgence, posée comme une nécessité, n'est en général discutée ni avec l'adolescent ni avec ses parents. Cependant, si elle peut parfois se poursuivre par une prise en charge au cours de laquelle un véritable projet de soin peut être construit, force est de reconnaître que très souvent une telle hospitalisation en urgence aboutit à une sortie préma-

turée du jeune, parfois en accord avec ses parents et contre l'avis des médecins.

En effet, le contexte « psy » de l'unité d'hospitalisation est souvent récusé (« je ne suis pas fou ») dès qu'une normalisation de surface vient servir de prétexte à cette demande. Le risque est alors de voir les hospitalisations d'urgence *se répéter sans véritable prise en charge*.

À l'extrême, ceci peut même aboutir à une sorte d'addiction à l'urgence et à son atmosphère très particulière. C'est la raison pour laquelle de nombreux psychiatres travaillant avec les adolescents et leurs parents pensent préférable, pour les hospitalisations en milieu « psy », de *surseoir quelque peu* en se donnant le temps d'une réflexion minimum puis d'un engagement de l'adolescent et de ses parents au travers d'un « contrat de soin ». Cela aboutit à distinguer les unités d'accueil en urgence situées dans un cadre médical (services porte des hôpitaux) ou médico-social (« centres de crise ») et les unités d'hospitalisations psychiatriques (services de psychiatrie traditionnelle).

L'hospitalisation programmée. — Répondant à la nécessité soit d'une séparation du milieu familial, soit d'un soin médicalisé dans un cadre contenant assurant la protection du mineur, cette hospitalisation commence en général par une négociation avec l'adolescent et/ou ses parents sur les objectifs, le cadre à respecter, les modalités du traitement, etc. Cette discussion-négociation prend souvent la forme d'un « contrat de soin » entre l'adolescent, ses parents et l'unité d'hospitalisation (au travers de la personne du médecin responsable de l'unité). La notion de « contrat de soin » n'est certes pas dénuée d'ambiguïté mais comme le souligne M. Corcos (2001) : « Les contraintes exercées par le contrat ne visent pas à entraver la liberté du patient mais à exercer une action contenante pare-excitante car limitante des éprouvés. Cette contenance permet de créer les conditions d'une représentation et d'une élaboration chez le patient ». Le type même du contrat en est le *contrat d'hospitalisation* passé entre la patiente anorexique, ses parents et le médecin hospitalier. Cette négociation préalable permet le plus souvent une meilleure observance et une meilleure participation aux soins, tant de l'adolescent que de ses parents. Elle impose donc de différer de quelques jours le moment de l'hospitalisation, temps de préparation permettant une bien meilleure acceptation du cadre et des contraintes ultérieures liées au séjour hospitalier.

Le soin institutionnel. — On entend par « soin institutionnel » les diverses prises en charge qui s'effectuent au sein d'un établissement ou d'une structure de soin lors d'un séjour généralement prolongé du patient, y compris l'accompagnement infirmier ou éducatif. Signalons que ce principe général s'applique également à la plupart des établissements médicalisés de soins de suite et de réadaptation, qui reçoivent des adolescents dont la maladie soma-

tique s'accompagne volontiers de difficultés personnelles ou familiales plus ou moins problématiques (I. Gasquet et M. Choquet, 1998).

Concernant son rôle thérapeutique, l'institution assume plusieurs fonctions :

– une fonction de *substitution* d'un cadre familial n'arrivant plus à contenir l'adolescent ;

– une fonction de *médiation* pour s'interposer entre le jeune et son environnement (parents, scolarité, société, etc.) ;

– une fonction de *tolérance* pour diminuer le niveau réactionnel de l'excitation habituellement provoquée par les conduites du jeune, excitation dont il se sert en retour pour justifier ses propres comportements déviants ;

– une fonction *contenante* enfin, qui protège l'adolescent grâce à la permanence et à la stabilité du cadre, l'adolescent y trouvant peu à peu ses limites.

L'ensemble peut s'énoncer comme une fonction de figuration venant se substituer aux aménagements conflictuels de l'adolescent, cette figuration nouvelle lui donnant les moyens d'une prise de conscience et de relative distanciation par rapport aux figures parentales porteuses des conflits à l'origine des troubles.

Ces structures de soin fonctionnent soit en complément de la scolarité (foyer thérapeutique), soit en internat thérapeutique avec une scolarité dans l'établissement (par exemple : établissements de la Fondation santé des étudiants de France). Le travail de synthèse et de réflexion de l'ensemble de l'équipe thérapeutique sur les conduites de chaque adolescent représente la base même du travail institutionnel (C. Epelbaum et coll., 1997). Ces structures accueillent des adolescents pour des séjours d'une à trois années scolaires, rarement plus. Quelle que soit la psychopathologie présentée, le ressort de l'indication thérapeutique repose sur le *nécessité d'une séparation du milieu familial*. Cette séparation pourra être acceptée, assumée, ou imposée soit à l'adolescent soit aux parents (*voir infra*).

CAS PARTICULIERS : LES INSTITUTIONS POUR ADOLESCENT DÉFICIENTS INTELLECTUELS

Elles font suite le plus souvent aux institutions pour enfants déficients. Le personnel est essentiellement formé d'éducateurs. L'infirmier y est parfois limité à un rôle de soins, qu'il ne souhaite pas toujours aussi restrictif.

Les instituts médico-éducatifs sont définis par la circulaire du 20 juillet 1970. Ils se divisent en :

Instituts médico-éducatifs, recevant des enfants et adolescents jusqu'à 16 ans.

Instituts médico-professionnels, recevant des adolescents pour leur donner un complément d'enseignement général et une formation professionnelle adaptée au handicap.

Ils fonctionnent en internat, demi-pension, internat de semaine, exceptionnellement externat.

Centres d'Aide par le Travail (CAT), dont le fonctionnement et le statut ont été définis par les circulaires d'application de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Ils accueillent des adolescents et des adultes assez lourdement handicapés mais qui peuvent exercer une activité professionnelle dont le rendement est théoriquement proche de celui du travailleur normal. Ces établissements relèvent du ministère du Travail.

Les institutions relevant de la direction de l'Éducation Surveillée. — Elles sont destinées aux adolescents ayant dû passer devant un juge. Le personnel est avant tout constitué d'éducateurs spécialisés. L'infirmier joue souvent un rôle inaperçu mais important pour des adolescents carencés affectivement et pour lesquels les soins, les médicaments, l'approche corporelle, le pansement, etc., peuvent être considérés comme une gratification importante vis-à-vis de laquelle ils ont parfois tendance à répéter avidement la demande.

Il s'agit de foyers d'action éducative, des foyers de semi-liberté, des institutions spécialisées d'éducation surveillée. Bien qu'elles n'entrent pas dans ce cadre, et qu'il ne s'agisse pas d'institution à proprement parler nous pouvons citer ici les équipes de prévention face à la délinquance juvénile : il s'agit des équipes et des clubs de prévention, ainsi que des équipes d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) qui interviennent au titre de la protection judiciaire, ou au titre de la protection sociale (*cf.* chap. 18, Prise en charge thérapeutique).

LES AUTRES INSTITUTIONS

Nous regrouperons ici plusieurs types d'institutions qui peuvent soit travailler isolément, soit être associées à l'une de celles décrites précédemment :

– «*free clinic*» institution se référant au modèle anglo-saxon, se situant entre la consultation et l'hôpital du jour (M. Basquin et A. Braconnier, 1980);

– foyers de jeunes travailleurs 16-25 ans;

– hôtels maternels et maisons maternelles;

– foyers d'hébergement;

– placement familial pour adolescents, dont l'utilité paraît de plus en plus importante ;

– appartements thérapeutiques, structures intermédiaires.

Nous citerons les institutions pour jeunes toxicomanes :

– centre spécialisé de cure ;

– centre de postcure ;

– centre d'accueil et d'hébergement.

À côté de ces institutions officielles, il faut insister sur l'existence « d'institutions marginales » : communautés plus ou moins structurées accueillant « des adolescents en rupture », appelées volontiers « lieu de vie ». Ces communautés peuvent être associées à des services officiels ou fonctionner de façon tout à fait autonome ; elles peuvent centrer leurs activités sur une idéologie politique, mystique, philosophique ; elles peuvent être urbaines ou rurales ; elles peuvent enfin être uniquement constituées de jeunes ou être centrées sur un adulte qui a souvent fonction de « gourou ».

Enfin, citons les points d'écoute ou les services de réponse téléphonique, le plus connu étant « Fil Santé Jeune », qui reçoivent de nombreuses demandes d'aide psychologique pour lesquels il est parfois difficile de faire la part entre le besoin d'une réponse ponctuelle et la nécessité d'une réponse réellement thérapeutique avec la rigueur éthique et professionnelle que cela nécessitent. Les meilleurs de ces services ont des supervisions médicales garantes d'un travail sérieux.

PRINCIPALES INDICATIONS

La première indication est d'abord de constituer un recours face aux situations en impasse. Se servir de la réalité et donc d'une séparation concrète de l'environnement permet alors d'engager un travail psychothérapique au sens large du terme (*cf.* Problème des alliances thérapeutiques, p. 628). Il est fréquent de voir un adolescent appeler à l'aide sur le mode d'un symptôme médical, qu'il s'agisse d'une crise de nerf, d'une syncope, d'une prise de drogue ou même d'une tentative de suicide, alors qu'il se sent justement dans une situation en impasse vis-à-vis de son milieu habituel : scolaire, amical, ou surtout familial. Ces situations peuvent se résoudre en cours de consultation externe, mais la seule possibilité immédiate est parfois un séjour en institution.

– La seconde indication est la constatation d'une menace grave sur la vie relationnelle ou le monde intrapsychique de l'adolescent : gestes suicidaires répétitifs, escalade dans un processus de délinquance ou de toxicomanie, apparition d'hallucinations ou d'un délire.

– La troisième indication est constituée par le risque de rupture relationnelle brutale et totale avec l'entourage du sujet. La connaissance des aspects psychodynamiques décrits précédemment et l'expérience clinique nous apprennent que les adolescents cherchent souvent à rompre, tout en souhaitant profondément garder des liens, même si ceux-ci prennent la forme d'une révolte. Il n'y a rien de pire pour un adolescent que de se révolter contre « personne ». Comme l'écrit Winnicott : « ce qui compte c'est que le défi de l'adolescent soit rencontré » sinon la rupture relationnelle brutale et totale va confronter l'adolescent à un vide, ou à une régression qu'il aura le plus souvent du mal à surmonter.

– La quatrième indication de prise en charge institutionnelle est l'existence chez l'adolescent d'un déficit sévère qui l'exclut du circuit scolaire, universitaire, préprofessionnel, ou professionnel habituel. Le mode de prise en charge se situe souvent dans la continuité d'une aide équivalente au cours de l'enfance.

– Enfin, la cinquième indication, peut-être celle par laquelle nous aurions dû commencer, est la prévention des troubles graves du comportement et du caractère. Nous pensons aux préadolescents et aux adolescents dont les conditions de vie et d'éducation sont gravement compromises en raison d'un environnement familial ou social très défectueux.

Au total, l'intérêt de l'institution est avant tout d'exister, d'être extérieure à l'environnement habituel, et de proposer un milieu substitutif. À partir de ces différentes indications nous décrirons quelques fonctions qui caractérisent les différents modes de prise en charge institutionnelle des adolescents.

La question de la séparation

Pour toutes les structures de soin, la question de la séparation entre l'adolescent et son milieu de vie habituelle (adolescent-parent(s) le plus souvent, mais aussi adolescent-famille d'accueil, adolescent-lieu de vie ou foyer, etc.) est centrale. À l'adolescence, contrairement à la période de l'enfance, il existe de véritables indications à une séparation entre le jeune et son milieu familial, séparation qui peut avoir une réelle valeur thérapeutique (D. Marcelli, 1989). En effet, le recours à des lieux d'hospitalisation met en scène une dynamique de la représentation spatiale. « L'utilisation de l'espace fait partie de ce mouvement d'extériorisation par lequel l'adolescent trouve un moyen de figuration des contenus intrapsychiques, mais aussi un moyen d'exercer une emprise sur eux. Le contrôle de la distance aux objets externes apparaît plus maitrisable que la relation de désir aux objets internes » (P. Jeammet, 2001). Toutefois, pour que cela advienne, il faut que cette indication ait été préparée au cours d'un travail clinique d'élaboration aussi bien avec le jeune qu'avec ses parents. Trop souvent en effet, cette séparation est encore présentée par les parents comme une « punition » (« si tu continues, tu

iras en internat »), que le jeune bien entendu refuse ou contre laquelle il se rebelle. Il importe donc que la séparation n'ait pas cette charge punitive, ce qui implique de la part des parents comme de l'adolescent une capacité à mettre en pensées les conséquences d'une telle mesure, aussi bien dans le domaine interactif et relationnel que dans le champ affectif propre à chacun. Ainsi, quand le mot « séparation » est prononcé par le consultant, il n'est pas rare d'observer le surgissement de manifestations anxieuses ou dépressives majeures aussi bien chez l'adolescent que chez l'un ou l'autre de ses parents.

L'intensité de ces réactions est à la mesure exacte de l'*intensité du lien anxieux* qui unit secrètement le jeune à l'un ou à ses deux parents, lien qui est à l'origine des troubles, mais que ni les parents ni le jeune ne souhaitent fondamentalement voir évoluer.

En effet, la révélation de ce lien est susceptible d'entraîner des remaniements plus ou moins profonds dans la dynamique familiale comme dans l'équilibre psychopathologique individuel, ce que les uns comme les autres redoutent car ouvrant à des situations inconnues et à des obligations de changement pas toujours souhaitées. Cependant, c'est en général l'intensité de ce lien anxieux qui est la cause des multiples difficultés ou des troubles des conduites présentés par cet adolescent, dans la mesure où le travail psychique de l'adolescence porte précisément sur la nature de ce lien à travers ce qui a été décrit comme « la seconde phase de séparation-individuation » (*voir le chapitre 2*). C'est elle aussi qui rend compte des attitudes réactionnelles souvent maladroites des parents. Le résultat le plus évident de ce lien anxieux est de créer un cercle vicieux où l'on voit l'adolescent multiplier les comportements de provocation tandis que les parents réagissent par une escalade d'attitudes de plus en plus critiquables.

Dans ces conditions, une séparation thérapeutique est indiquée ; l'expérience montre régulièrement que cette séparation, dans la mesure où elle a été bien préparée, apporte un apaisement notable tant chez les parents que chez l'adolescent.

Les trois temps de la séparation. — Par esprit pédagogique, nous distinguerons trois temps dans cette séparation en décrivant la séparation assumée, la séparation acceptée et la séparation imposée (N. Catheline, 1997 ; D. Marcelli , 2001).

Dans la *séparation assumée*, l'adolescent comme ses parents sont capables de reconnaître *ensemble* que la situation familiale est source de tension néfaste à tous, qu'il existe un niveau d'excitation désorganisant quand les divers membres de la famille sont réunis et qu'en conséquence, une séparation permettrait peut-être à chacun de retrouver une qualité plus satisfaisante de relation. Dans ces conditions, la séparation apparaît comme un moment souhaitable dans le parcours de l'adolescent : des aménagements de vie peuvent être trouvés tels qu'un internat, le séjour chez d'autres membres de

la famille, un foyer, etc. Ces solutions ne relèvent d'ailleurs pas nécessairement d'une prise en charge psychiatrique spécialisée, sauf si l'adolescent présente pour son propre compte des symptômes tels qu'une inhibition majeure, des troubles névrotiques, etc. Dans ce cas, un foyer thérapeutique peut être bénéfique.

Dans la *séparation « acceptée »*, soit l'adolescent, soit les parents désirent cette séparation mais *l'autre n'en veut pas*. Cette situation est un peu plus complexe et pas totalement symétrique, selon que celui qui demande est le jeune ou le parent. En général, plus l'un demande plus l'autre résiste, ce qui au plan des symptômes ou des troubles du comportement se traduit par une exacerbation chez celui qui résiste, tandis que les symptômes s'améliorent relativement chez celui qui demande. Techniquement, un temps de préparation est indispensable pour que les effets de la séparation sur le partenaire auquel elle est imposée ne provoquent pas une recrudescence symptomatique (par exemple, effondrement dépressif chez le parent ou l'adolescent) ou une cascade de passages à l'acte réactionnels (fugue, TS). Cette recrudescence suscite en effet une intense culpabilité chez celui qui a demandé cette séparation et qui dès lors fera tout pour revenir en arrière : signature de sortie contre avis médical, fugue et retour définitif à la maison avec l'accord tacite des parents, etc. C'est la raison pour laquelle, lorsqu'il n'y a pas d'urgence somatique impérieuse, il est toujours préférable d'engager un temps de « négociation » dont l'objectif n'est pas dans le « marchandage » des conditions de l'hospitalisation ou de sa durée, mais dans l'élaboration psychique progressive tant par les parents que par l'adolescent des conséquences possibles de cette séparation et de la souffrance que chacun en ressentira. Chemin faisant, une alliance de soin pourra se développer en respectant ainsi le rythme décisionnel de la famille, alliance sur laquelle on pourra s'appuyer au moment où les effets douloureux de la séparation se feront sentir. Typiquement, il s'agit ici des hospitalisations différées ou des indications de foyer thérapeutique.

Dans la *séparation « imposée », l'adolescent refuse et les parents renâclent*. Seule la détérioration relative de la situation (recrudescence des troubles du comportement, aggravation de l'amaigrissement, majoration des symptômes avec parfois passage à l'acte telle qu'une TS, etc.) et la confrontation de cette famille aux limites de ce que peut faire le clinicien – en particulier aux *limites de sa responsabilité* –, finissent par rendre possible cette séparation. Dans l'idéal, il peut s'agir d'une hospitalisation en léger différé, mais en réalité le clinicien est souvent confronté à une hospitalisation en urgence (*voir plus haut*) même quand il y avait une prise en charge antérieure. D'un point de vue psychodynamique, c'est parfois comme si la « violence » provoquée par le climat de l'urgence médicale était la seule possibilité de s'opposer à la violence du lien d'attachement et de dépendance entre l'adolescent et l'un ou les deux parents ! Le travail clinique consistera ensuite à tenter de transformer cette séparation « imposée » en une séparation

acceptée, avec un projet de soin au long cours et pas simplement une hospitalisation brève qui le plus souvent ne modifie en rien l'aspect le plus pathologique des interactions familiales. Si ces hospitalisations en urgence, pour des séjours brefs (de 2-3 jours à 8-10 jours), sont parfois nécessaires pour protéger l'adolescent ou son entourage, elles risquent aussi par leur répétition d'aboutir aux mêmes situations en impasse. L'intervention lors de la « crise » n'est pas toujours propice à un traitement sur le fond des difficultés psychopathologiques.

Qu'elle soit assumée, acceptée ou imposée, l'hospitalisation nécessite, on le comprend, un travail avec la famille, faute de quoi les interactions les plus pathogènes et pathologiques un instant suspendues par la séparation risquent soit de se reconstituer dès le retour en famille de l'adolescent, soit de provoquer en cascade des décompensations multiples (dépressions et TS d'un ou des parents, rupture du couple, etc.) dont l'adolescent se sentira implicitement responsable et en attribuera la faute à la séparation. Comme le souligne G. Schmit (2001), *« l'hospitalisation n'est pas un traitement individuel ». A contrario,* cela démontre l'importance de l'alliance thérapeutique aussi bien avec le jeune lui-même qu'avec sa famille.

RÔLE DU PERSONNEL SOIGNANT

De l'utilité des indications et des fonctions de l'institution pour l'adolescent découlent les activités et les rôles du personnel soignant et éducatif (R. Mises, 1972).

– la prise en charge institutionnelle de l'adolescent doit se faire en « équipe » ;

– selon sa fonction, sa situation hiérarchique, mais aussi selon sa personnalité et son sexe, chaque membre de l'équipe doit pouvoir établir des relations différentes ;

– chaque membre du personnel doit savoir qu'il ne représente qu'une partie des modes relationnels du sujet. Il ne doit donc pas chercher à se les attribuer tous, mais accepter ses limites. Il est souhaitable qu'il ne dépasse pas les limites de ses fonctions, telles qu'elles sont reconnues et définies dans l'institution. L'adolescent pourra ainsi repérer son identité à travers l'identité d'un ou de plusieurs membres de l'institution ;

– chaque membre de l'équipe doit accepter, critiquer ces divers rôles et savoir être critiqué par rapport au mode relationnel qu'il a établi avec l'adolescent ;

– enfin, chaque membre de l'équipe doit savoir que la problématique de l'adolescent peut être projetée sur l'ensemble de l'institution avec pour résultat de cliver celle-ci en deux groupes opposés, ou de créer un climat de rébellion envers le représentant de l'autorité.

LA PLACE DE LA PSYCHANALYSE DANS LE FONCTIONNEMENT DES INSTITUTIONS

La dimension psychothérapique des institutions soulève une série de questions dont la résolution est loin d'être achevée. La reconnaissance de cette dimension psychothérapique s'appuie sur une série d'observations :

1) L'existence des processus psychologiques n'est pas limitée au seul patient. Les institutions pour adolescents passent elles-mêmes par des phases dépressives et des phases d'exaltations, elles peuvent même parfois sombrer dans un morcellement destructeur (F. Amini et coll., 1979).

2) La fonction de « holding » ou de « contening » évoquée précédemment rappelle un des trois registres cités par Masud Khan comme caractéristiques de tout processus psychothérapique :

– *le processus analytique :* interprétation du sens caché ou latent ;
– *la relation analytique :* le transfert et son déploiement ;
– *le cadre analytique :* le « holding » et le « contening ».

Ce dernier registre s'observe dans toutes institutions, ce qui nous conduit à considérer que la « dimension psychothérapique de l'institution concerne essentiellement le cadre » (R. Cahn, 1980).

3) Une analyse collective, ritualisée ou non, par les soignants eux-mêmes de leurs contre-attitudes à l'égard des adolescents apparaît le plus souvent comme nécessaire et, par là même, elle objective la dimension psychothérapique de toute institution.

4) Enfin, la difficulté de contrôler ou de supporter les variations extrêmes de distance entre les adolescents et l'institution, et entre les soignants eux-mêmes vis-à-vis de l'adolescent, sont les signes les plus patents de ce que certains ont appelé la phase de résistance au traitement institutionnel (D.B. Rinsley, 1971).

Cette dimension psychothérapique sera différente selon les institutions. Pour les institutions de soins proprement dites, elle est au premier plan : « les hôpitaux de jour pour adolescents semblent de plus en plus tenter un essai de réparation de ces “temps manqués”, de ces “avatars précoces”. L'hôpital de jour évolue vers l'image d'un corps réparateur, un corps avec sa peau, sa chaleur, servant de contenant maternel, à l'intérieur duquel peut se recréer l'unité du self, avec un dedans et un dehors, une conscience de ses limites » (R. Cahn, 1980).

Pour les institutions « pédagogiques », à la question de la place de la dimension psychothérapique s'associera souvent celle de la place du psychanalyste dans l'institution. Après une période où la psychanalyse était exclue de ces institutions, une autre période a succédé au cours de laquelle la psychanalyse a peut être été trop présente et surtout mal comprise. Mais « il semble qu'il y ait actuellement un retour salutaire à l'idée que le commentaire des motivations

ou l'attente bienveillante du bon vouloir de l'adolescent n'est pas toujours une attitude positive, et qu'au contraire le désir de transmettre activement une technique que l'on connaît bien et qu'on aime, peut être thérapeutique par le désir d'identification qu'il entraîne» (S. Daymas-Lugassy, 1980).

Enfin, pour les institutions relevant de la direction de l'éducation surveillée, et pour les autres institutions, la dimension psychothérapique sera très diversement présente selon les institutions, leurs objectifs, leurs histoires (S. Tomkiewicz, 1980).

BIBLIOGRAPHIE

BRACONNIER A. : *Réflexions sur les transformations psychiques. A propos de l'adolescence. In* : Fédida P. (ed.) *Communication et représentation*. PUF, Paris, 1986, 21-35.

BRACONNIER A. (sous la dir. De) : *Soigner, Protéger, Punir.* Adolescentes, Adolescentes. Bayard, Paris, 1999.

EXPERTISE COLLECTIVE INSERM : Études d'évaluation de l'approche cognitivo-comportementale. Éditions INSERM, 2004.

GELLER B., LUBY J. : Child and adolescent bipolar disorder : a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, *36*, 9, 1168-1176.

JEAMMET P. : Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies*, 2002, *22*, 2, 77-87.

ALVIN P., JEAMMET P., POMMEREAU X. : *L'hospitalisation des adolescents. Etat des lieux et perspectives.* Fondation de France, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997.

AMINI F., SALASNEK S., BURKE E. : Adolescent drug abuse : etiological and treatment considerations. *Adolescence*, 1979, *11*, 42, 281-299.

ANZIEU D. : *Le psychodrame psychanalytique chez l'enfant et l'adolescent.* PUF, Paris, 1979.

ANZIEU D. : *Le groupe et l'inconscient.* Dunod, Paris, 1984, 196 p.

ANZIEU D., BEJARANO A., KAES R. et coll. : *Le travail psychanalytique dans les groupes.* Dunod, Paris, 1975, 1 vol.

BASQUIN M., BRACONNIER A. : Expérience d'une prise en charge d'adolescents. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, *28*, 10-11, 487-489.

BASQUIN M. : Une brève introduction au psychodrame analytique. *Le Praticien*, 1981, *376*, 33-38.

BOLLAS C. : The transformational object. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1978, 60, 97-107.

BOTTERON K.N., GELLER B. : Pharmacologic treatment of childhood and adolescent mania. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. North. Am.*, 1995, *4*, 283-304.

BRACONNIER A. : *Psychologie dynamique et psychanalyse.* Masson, Paris, 1998.

BRACONNIER A. : *Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique*. Le carnet psy, 2003, 83, 30-37.

BRACONNIER A. : Le traitement de première intention. *Synapse*, septembre 994, numéro spécial, 2-4.

BRACONNIER A. : Commencer sa vie d'adulte par une analyse. *Adolescence*, 2000, *18*, 2, 449-462.

BROCKBANK R. : Adolescent psychodynamics and the therapy group. *Adol. Psychiat.*, 1980, *8*, 529-538.

CAHN R. : De quelques vicissitudes de l'espace transitionnel à l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, *44*, 3-4, 531-542.

CAHN R. : Le champ éducatif et psychothérapique en institution thérapeutique pour adolescents. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, *28*, 10-11, 467-471.

CATHELINE N. : Les indications de la séparation thérapeutique. In : *La santé des adolescents : approches, soins, prévention*. Doin, Paris, 1997, 375-378.

CORCOS M. : Le contrat de soin : marché de dupes ou de partenaires. *In* : *Adolescence et séparation*, FIREA éd., 2001, 61-75.

COTTRAUX J. : *Les thérapies comportementales et cognitives.* 4e édition, Masson, Paris, 2004.

CRAMER AZIMA F.J., RICHEMOND L.H. : *Adolescent group psychotherapy*. International Universities Press, Madison, 1989.

DAYMAS-LUGASSY S. : Changement dans l'adolescence. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, *28*, 10-11, 461-465.

EPELBAUM C., GILBERT E., COSSERON F. et coll. : Scolarité et prise en charge à la « Maison des 13-17 », centre d'hébergement thérapeutique Didier Weil : justaposition ou synergie thérapeutique? *Psychiatrie de l'Enfant,* 1997, *40*, 1, 199-237.

FREUD S. : Psychologie collective et analyse du moi. *In : Essais de psychanalyse.* Payot, Paris, 1986, 157-163.

GASQUET I., CHOQUET M. : Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence, implications thérapeutiques. *In* : *Adolescentes, Adolescents, Psychopathologie différentielle.* Bayard, Paris, 1995, 81-89.

GIACOMINI-BIRAUD V., ZABALA I., TRICOT L., FERRERO F. : Devenir d'une population d'adolescents hospitalisés : résultats d'une étude longitudinale. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 1995, 43, 9, 381-390.

GUEDJ M.J. : Urgence et passage à l'acte : l'expérience du CPOA. *In* : *Adolescence et séparation.* FIREA, 2001, 35-46.

GUTTON P. : *Le pubertaire*. PUF, Paris, 1991.

JAQUES E. : Des systèmes sociaux comme défense contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution. In : A. LEVY. *Psychologie sociale* : *textes fondamentaux*, 1965, tome 2, 546-565, 549.

JEAMMET Ph. : Le trajet de soin : temps et espace à l'adolescence. *In* : *Adolescence et séparation.* FIREA, 2001, 13-17.

JEAMMET Ph., GORGE A. : Une forme de thérapie familiale : le groupe de parents. *Psychiat. Enf.*, 1980, *23*, 2, 587-636.

JEAMMET Ph. : *Le psychodrame psychanalytique à l'adolescence*. Entretiens de Bichat, 1983.

KAES R., ANZIEU D., THOMAS L.V., LEGUERINEL L. : *Fantasme et formation.* Dunod, Paris, 1973, p. 15.

KESTEMBERG E. : La psychothérapie des adolescents. *Confront. Psychiat.*, 1971, *7*, 181-197.

LADAME F. : Les troubles psychiques de l'adolescence et leur approche thérapeutique : implications entre théorie et pratique. *Ann. Méd. Psych.*, 1978, *136*, 1, 49-67.

LADAME F. : L'adolescent en psychanalyse : résistances intérieures et résistances extérieures. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, *44*, 3-4, 571-579.

LADOUCEUR R., FONTAINE O., COTTRAUX J. : *Thérapie comportementale et cognitive*. Masson, Paris, 1995.

LAUFER M. : Preventive intervention in Adolescence. *Psychoanal. Study Child*, 1975, *30*, 511-528.

LAUFER M. : Adolescent Breakdown and the transference neurosis. *Int. J. Psychoanal.*, 1981, *62*, 51 -59.

LAUFER M. : The nature of adolescent pathology and the psychoanalytic process. *Psychoanal. Study Child*, 1978, *33*, 307-322.

LEBOVICI S. : À propos des thérapeutiques de la famille. *Psychiat. Enf.*, 1981, *24*, 2, 541-583.

LECRUBIER Y. : La chimiothérapie à l'adolescence. *Sem. Hôp. Paris*, 1986, *62*, 27, 2103-2105.

MARCELLI D. (sous la direction de) : *Adolescence et séparation : trajet de soin.* FIREA, Poitiers, 2001, 1 vol.

MARCELLI D., ROSE-REINHARDT H., FAHS H., KASOLTER-PERE M.A. : Épisode psychotique aigu de l'adolescent et du jeune adulte. Questions diagnostiques, thérapeutiques et éthiques. *Ann. Med Psychol,* 2002, 160, 386-395.

MARCELLI D., BOUET R., GIANETTI N. : Idéal du moi et réunion de groupe en institution. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 1991, *16*, 7-23.

MARCELLI D. : Bouffées délirantes aiguës à l'adolescence : manifestations thymiques ou symptôme psychotique? *Nervure*, 1997, 10, 8, 64, 68.

MELTZER D. : *Les structures sexuelles de la vie psychique.* Payot, Paris, 1977.

MINUCHIN S. : *Familles en thérapie.* J.P. Delarge, Paris, 1979.

MISES R. : *Les troubles à l'adolescence.* P. Bailly Salin, G. Lucas, P. Male et P.C. Racamier. Éd. du Scarabée, Paris, 1972.

PINES M. : Reflections on mirroring. *Group analysis*, 1982, *15*, 2, suppl. 1-32

RABREAU J.P. : L'autorité parentale fonctionnelle et dysfonctionnelle. *Neuropsychiat. Enf.*, 1983, *31*, 7, 339-343.

RIFKIN A., KARAJGI B., DICKER R. et coll. : Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 1997, *154*, 4, 554-555.

RIFKIN A., WORTMAN R., RARDON G., SIRIR S. : Psychotropic Medication in Adolescents. *Review J. Clin. Psychiatry*, 1986, *47*, 8, 400-407.

RINSLEY D.B. : Theory and Practice of intensive residential treatment or adolescents. *Adol. Psychiat.*, 1971, *1*, 479-509.

RINSLEY D.B. : Residential treatment of adolescent. *American Handbook of Psychiatry*, Sec. Éd., vol. 2, 353-366. Basic Book Inc., New York, 1974.

ROUX L.M. : Le corps en psychothérapie. *Le Praticien*, 1981, *376*, 39-48.

SAMUEL-LAJEUNESSE B., MIRABEL-SARRON C., VERA L., MEHRAN F. et coll. : *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. 2e édition, Dunod, Paris, 2004.

SCHAEFER E. : *Group therapies for children and youth*. Jossey-Bass Publishers, Washington, Londres, 1982.

SCHMIT G. : L'hospitalisation de l'adolescent. Travail avec les familles. *In* : *Adolescence et séparation.* FIREA, 2001, 125-131.

SCHNEIDER P.B. : *Propédeutique d'une psychothérapie.* Payot, Paris, 1976.

SELVINI-PALAZZOLI M, SOSLOLO L., CECCHIN G., PRATA G. : *Paradoxe et contre-paradoxe*. ESF, Paris, 1980, 1 vol.

TOMKIEWICZ S. : Autour de la psychothérapie dans le foyer de semi-liberté. *Neuropsychiat. Enf.*, 1980, *28*, 10-11, 455-459.

VANECK L. : Réflexions à propos de quelques psychothérapies d'adolescents. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, *26*, 7-8, 359-392.

WALLERSTEIN R.S. : *Psychotherapy and psychoanalysis.* International Uni-Press Inc., New York, 1975.

WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R. : *Changements : paradoxes et psychothérapie*. Le Seuil, Paris, 1975, 1 vol.

WIDLÖCHER D. : *Séminaire de l'Hôpital de la Salpêtrière*. 1979.

WIDLÖCHER D. : *Le psychodrame de l'enfant.* PUF, Paris, 1962.

WYNNE L.C., THALER-SINGER A. : Thoughts disorders and the family relations of schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiat.*, a) 1963, *9*, 191-198 ; b) 1963, *9*, 199-206.

INDEX